

**Centre d'Analyse et de Mathématique Sociales (CAMS)**  
**Centre de Recherche Médecine, Maladie et Sciences Sociales (CERMES)**

CAMS, 54 Boulevard Raspail, F-75270 Paris Cedex 06

**LES HOMOSEXUELS FACE AU SIDA : ENQUETE 1993**  
**SUR LES MODES DE VIE ET LA GESTION DU RISQUE VIH**

- SEPTEMBRE 1995 -

**Marie-Ange Schiltz** (CAMS - CNRS - EHESS)

**Philippe Adam** (CERMES - EHESS)

Rapport à l'Agence nationale de recherches sur le sida notification n° 93109, Contrat CNRS n° 95 6005 et à l'Agence française de lutte contre le sida, contrat n° 295 93 75

## Remerciements

Cette étude a été réalisée avec le soutien financier de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), de l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS) et de la presse homosexuelle. Les titres suivants : *All Man*, *Illico*, *Honcho*, *La Lettre Gai Pied*, *Lettres Gay* et *Rebel* nous ont en effet permis d'insérer gratuitement un questionnaire de quatre pages dans leurs numéros de l'été 1993. La mise en place technique de l'enquête a été réalisée par la société LFM et notamment Pierre Boisson. Que tous trouvent ici l'expression de notre gratitude.

Nous souhaitons également remercier les membres du comité de pilotage qui s'est réuni au cours du printemps 1993 : Michael Bochow (sociologue, Intersofia Berlin), Yves Charfe (AFLS), Véronique Doré (ANRS), Eric Lamien (journaliste), Gérard Pelé (AFLS), Janine Pierret (sociologue, CNRS), Yves Souteyrand (ANRS), Gérard Vappereau (LFM).

Enfin, pour le travail qu'ils ont bien voulu consacrer à l'élaboration de ce rapport, nous remercions Francis Kelly (informaticien) et Alain Quemin (sociologue).

*A la mémoire de Michael Pollak et de Paulette Vanhecke-Tomasini*

Note au lecteur :

Le présent rapport est composé de chapitres indépendants ; le lecteur pourra donc aborder les différentes parties dans l'ordre qui lui convient. Nous conseillons toutefois de commencer la lecture par le premier texte, celui-ci présentant une vue d'ensemble de la recherche et des thèmes qui seront ultérieurement approfondis.

## Sommaire

<b>1 - Modes de vie gais et <i>safer sex</i> : état des lieux 1993</b>	<b>7</b>	
1. Diversité des modes de vie socio-sexuels et perception de l'acceptation sociale	9	
2. Une forte adaptation au risque	12	
3. Des prises de risques qui n'ont jamais complètement disparu	15	
4. Quelques priorités pour l'action préventive	18	
Conclusion	23	
Bibliographie	23	
<b>2 - Le test de dépistage au VIH :</b>		
<b>diffusion parmi les homo- et bisexuels français</b>	<b>26</b>	
1. L'image du test chez les lecteurs de la presse gaie	27	
2. La dynamique de la diffusion du test	31	
3. Les différents usages du test	34	
Conclusion	36	
Bibliographie	38	
<b>3 - Variabilité de la conscience du risque selon les stratégies déclarées d'adaptation au risque sida</b>	<b>40</b>	
1. Diversité des stratégies d'adaptation à l'épidémie	41	
2. L'évaluation des risques encourus : les critères de l'épidémiologie et la subjectivité des répondants	43	
3. Variabilité de la conscience du risque selon les stratégies d'adaptation déclarées	45	
Conclusion	50	
Bibliographie	51	

<b>4 - Les publics des lieux de drague</b>	<b>52</b>
1. L'univers de la drague :	
diversité des sites et logiques de la fréquentation	55
2. Les caractéristiques des publics	59
3. L'Etat du <i>safer sex</i> parmi les habitués des divers lieux	63
Conclusion	65
Bibliographie	66
<b>5 - Incidence du VIH sur la sexualité et la vie quotidienne : le cas des homosexuels touchés par le VIH</b>	<b>67</b>
1. Prévalence du VIH et caractéristiques de l'échantillon	
67	
2. Les effets du VIH sur la sexualité et la gestion du risque	70
3. L'incidence du VIH dans la vie quotidienne	72
Conclusion	77
Bibliographie	78
<b>6 - Les jeunes homo- et bisexuels de l'enquête 1993</b>	<b>80</b>
1. Description et analyse des biais de l'échantillon 1993	82
2. Les temps de l'autonomie	87
3. L'état du <i>safer sex</i> parmi les jeunes	
98	
4. L'état de santé de la jeune génération	107
5. Les réactions à l'épidémie selon l'âge et les caractéristiques sociales des répondants	113
Conclusion	118
Bibliographie	121

**Annexe : Les données “ enquêtes *presse gaie* - CNRS 1985-1993 ”**

0 - Questionnaire	2	
1 - Descripteurs socio-démographiques	6	
2 - Engagement politique, social et religieux		9
3 - Acceptation et reconnaissance de l’homosexualité	11	
4 - Etat et gestion de la santé	13	
5 - Pratique du test	15	
6 - Séropositivité	16	
7 - Proximité et peur de la maladie	17	
8 - Modes de vie socio-sexuels		19
9 - Pratiques sexuelles	23	
10 - Stratégies d’évitement de l’épidémie	26	
11 - Etat du <i>safer sex</i>	27	
12 - Interventions gouvernementales souhaitées pour la lutte contre le sida et appréciation de l’avenir de la condition homosexuelle	30	
13 - Opinions sur les répercussions sociales de la maladie		32
14 - Information : moyens, confiance et compléments souhaités		36
15 - Lectorat et la fidélité aux enquêtes	38	

## Chapitre 1 - Modes de vie gais et *safer sex* : état des lieux en 1993

### Introduction

L'homosexualité masculine a longtemps relevé du registre médical et pénal comme l'ont montré Conrad et Schneider (1985). Au cours des années 1970, avec l'affirmation des sexualités marginales et l'intervention des sciences sociales, cette approche est modifiée : progressivement l'homosexualité n'est plus présentée comme une maladie ou une pratique illicite mais simplement comme un mode de vie. Des travaux pionniers se développent à l'étranger, qui reprennent cette nouvelle perspective (Gagnon, 1973 ; Dannecker, Reiche, 1974 ; Bell, Weinberg, 1978). Les premiers écrits paraissent en France à la fin des années 1970. Pour les comprendre il faut les replacer dans le contexte de l'époque qui influence fortement les problématiques développées. Ce contexte se caractérise par le déclin du Mouvement gai ainsi que par le développement d'un commerce et d'un "ghetto" homosexuels parisiens, lesquels sont directement liés à l'abandon, à partir de 1981, des mesures pénales et policières les plus répressives à l'égard de certaines pratiques homosexuelles (Mossuz-Lavau, 1991). Aussi est-ce donc l'univers de la drague "organisée" qui attire l'attention des chercheurs en sciences sociales. Dans la lignée des travaux de L. Humphreys (1970), M. Emory (1979) aux Etats-Unis et M. Pollak (1982) en France s'attachent à décrire les rituels et les codes de reconnaissance, de drague et de transgression des individus qui participent à ce "ghetto". On perçoit d'ailleurs, dans ces premières études, une certaine fascination pour ce mode de vie. Les homosexuels du "ghetto" ont en effet mis en place un ensemble de pratiques et de codes permettant une sexualité facile et anonyme, l'objectif de toute rencontre étant dans ce contexte la maximisation du plaisir. L'attention de M. Pollak et d'A. Béjin (1977) est ainsi attirée par le processus de "rationalisation de la sexualité" qui est mis en oeuvre (maximisation du plaisir et minimisation des conséquences affectives et sociales de l'activité homosexuelle). Il apparaît chez les gais, outre le développement d'un "marché des échanges sexuels", une tendance à dissocier les sphères sociale, affective et sexuelle. Par ailleurs, l'existence de trajectoires biographiques spécifiques (migration vers les grandes villes, orientation professionnelle vers des métiers et des milieux sociaux plus tolérants<sup>1</sup>) semble favoriser l'épanouissement sexuel de nombreux homosexuels.

Ces premiers travaux sociologiques français sont en fait programmatiques. Dans le cas de M. Pollak, par exemple, il faudra attendre 1985 pour que soit développée une recherche alimentée non plus simplement par la littérature étrangère mais par des données autonomes. La mise en place cette année là de l'enquête quantitative menée par questionnaires auto-administrés auprès des lecteurs de *Gai Pied* a donc constitué une étape décisive. Ces premières investigations se développent cependant dans un contexte qui a fortement évolué en raison de l'épidémie de sida : si certains thèmes programmatiques auparavant esquissés sont effectivement poursuivis, de nouvelles perspectives vont s'imposer d'emblée.

---

<sup>1</sup> Ce phénomène a été mis en évidence par M. Dannecker et R. Reiche en 1974.

Comme nous allons le voir, les enquêtes presse gaie ont permis de mieux comprendre l'homosexualité en prenant en compte, au-delà du mode de vie des seuls gais du "ghetto", la diversité des modes de vie homo- et bisexuels. Dès le début ces investigations ont également prêté attention au niveau de tolérance des hétérosexuels vis-à-vis des homosexuels. En effet, à la perception d'une déviance liée à l'orientation sexuelle est venue s'ajouter l'expérience de la séropositivité et la stigmatisation qui peut lui être liée : les gais ont donc dû gérer un double stigmat. L'image originelle du "cancer gai" et du "groupe à risque" a cependant été fortement modifiée par le développement des comportements préventifs parmi les homo- et bisexuels masculins. A la problématique de la "rationalisation de la sexualité" succède une problématique de la rationalisation des comportements sexuels visant à réduire le risque de contamination par le VIH. Les enquêtes annuelles se sont donc attachées à analyser la diffusion du *safer sex* parmi les gais et à identifier les facteurs pouvant favoriser une meilleure gestion du risque. Comme nous allons le voir, les gais ont profondément modifié leurs comportements sexuels au cours des dix dernières années. Cette évolution est-elle suffisante ? Après avoir trop souvent considéré que les homosexuels intégrés au monde gai échappaient totalement au risque, un discours social opposé semble émerger actuellement, qui met l'accent sur une possible recrudescence des comportements à risque chez les homo- et bisexuels masculins même les plus intégrés. Nous allons tenter de rendre compte de ce débat en montrant que la notion de *relapse* utilisée par les médias et certains acteurs de la prévention pour analyser le phénomène est peu adaptée à une réalité plus complexe. Nous dresserons ensuite un bilan des problèmes qui subsistent dans les différents sous-groupes de la population étudiée en dégagant quelques priorités pour l'action préventive. Avant d'aborder ces différents points, nous présenterons l'enquête.

### ***L'enquête et sa méthodologie***

Il est toujours difficile de travailler sur un groupe social qui non seulement est minoritaire, mais pour lequel les critères d'appartenance ne sont pas visibles. 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 (Messiah, Mouret-Fourme, 1993). Ces chiffres, qui sont relativement stables dans le temps et dans l'espace, ont permis aux épidémiologistes d'évaluer la taille de la population homosexuelle française actuelle à 768000 personnes homo- et bisexuelles de 18 à 69 ans (Cerf, Laporte, 1995).

La presse gaie constituait un vecteur possible d'accès à cette population. Un questionnaire auto-administré de quatre pages a ainsi été diffusé annuellement depuis 1985. Son anonymat a permis de recruter des homo- et des bisexuels qui ne vivaient pas toujours ouvertement leur sexualité, évitant ainsi un biais trop important. Par ailleurs, le questionnaire nous a permis d'aborder de façon très pragmatique le thème de la sexualité. Selon M. Pollak (1981), l'investigation quantitative permet de s'en tenir à la "banalité des faits" : "*Le principal mérite des enquêtes sociologiques réside, tout d'abord dans leur nouveauté méthodologique, rompant avec l'habituelle littérature psychanalytique, psychiatrique ou philosophique sur le sujet de l'homosexualité. Elles ont le courage de s'en tenir à la banalité des faits, sans recourir à des théories qui relèvent davantage d'une*



*généralisation abusive à partir d'un petit nombre de cas, ou de préjugés divers.*” Les enquêtes presse gaie constituent donc un outil présentant l'intérêt de maintenir une distanciation avec un objet d'étude aussi saturé de significations que l'homosexualité.

L'utilisation de la presse homosexuelle<sup>2</sup> comme support de diffusion du questionnaire, nous a permis de recruter chaque année un nombre satisfaisant de répondants : ainsi, en 1985, 1.000 personnes ont répondu, et 3.300 en 1993. Par rapport aux célibataires masculins du recensement national et de l'enquête Analyse des comportements sexuels en France (Spira, Bajos et le groupe ACSF, 1993), ces hommes se caractérisent par un haut niveau d'études et les classes moyennes supérieures sont surreprésentées. Ces hommes sont également très actifs sexuellement (2% n'ont pas eu de rapport sexuel dans l'année, contre 6% des hommes de l'enquête ACSF). Dès lors qu'ils s'incluent d'eux-mêmes dans une enquête sur les modes de vie des gais, ils s'auto-définissent massivement en tant qu'homosexuels (90%, contre 46% des hommes déclarant au moins une relation sexuelle avec un autre homme au cours de leur vie dans l'enquête ACSF 1993). Bien que les échantillons annuels surreprésentent les hommes sexuellement et socialement actifs<sup>3</sup> ainsi que ceux qui s'affirment homosexuels, ils ne se réduisent nullement à un noyau dur de militants : en 1993, 19% des répondants adhèrent à une association homosexuelle ou de lutte contre le sida.

Le questionnaire est structuré par le fait que notre recherche porte sur les modes de vie et la sexualité, tout en étant très orientée par le risque induit par le sida. A côté des questions habituelles sur les caractéristiques socio-démographiques des individus (âge, statut matrimonial, lieu de résidence, profession, niveau d'études, etc.), d'autres appréhendent leur engagement dans une sociabilité plutôt homosexuelle ou plutôt hétérosexuelle. L'activité sexuelle est au centre de l'interrogation puisque le questionnaire a pour objectif principal de repérer les changements induits par l'épidémie de sida dans ce domaine et d'établir une typologie des diverses stratégies de gestion du risque. Les prises de risque y sont également appréhendées, ce qui permet de mettre en relation les modes de vie, la position sociale des individus, la nature des relations avec les partenaires, les pratiques sexuelles et leur degré de protection. L'enquête a permis d'établir des connaissances de base sur la population homosexuelle. Avant d'analyser l'adaptation au risque VIH, nous aborderons les thèmes de la diversité des modes de vie et de l'acceptation sociale de cette population à partir des résultats de l'enquête 1993.

## **1. Diversité des modes de vie socio-sexuels et perception de l'acceptation sociale**

Si certains répondants sont engagés dans un mode de vie hétérosexuel et ont parfois des enfants, la population des enquêtes presse gaie est célibataire à 90%. A peu près la moitié des répondants vivent en couple homosexuel, à cette particularité près que ce couple est,

---

<sup>2</sup> Jusqu'en 1992, l'enquête a été diffusée par *Gai Pied Hebdo*. A la disparition de ce magazine, le questionnaire a été inséré dans six revues homosexuelles : *All Man*, *Honcho*, *Rebel*, *Lettres Gay*, *La Lettre Gai Pied*, *Illico*. Ainsi parlons-nous d'*enquête Gai Pied - CNRS* jusqu'en 1992 et d'*enquête presse gaie* ensuite.

<sup>3</sup> Par exemple, les retraités sont sous-représentés ainsi que, dans une moindre mesure, les chômeurs.

dans la moitié des cas environ, ouvert aux partenaires extérieurs. Par rapport à la population générale, le nombre de partenaires sexuels est, ainsi, beaucoup plus élevé. Dans l'enquête ACSF, les hommes déclarent 11,3 partenaires sexuels au cours de leur vie et 1,15 au cours des douze derniers mois. En revanche, 32% des répondants de l'enquête presse gaie déclarent plus de dix partenaires dans l'année. Sur ce point, les deux populations homosexuelle et hétérosexuelle, sont donc très différentes.

Il ne faut pas pour autant réduire l'homosexualité au groupe des gais 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. Outre la position sociale, divers facteurs influencent le mode de vie : il s'agit notamment de la proximité ou de l'éloignement à un centre de vie gai, ou encore du 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 qui se trouve relativement isolé par rapport au monde gai et, par ailleurs, un homosexuel de classe moyenne qui centre sa vie sur les lieux gais parisiens et dont le cercle d'amis est essentiellement homosexuel. Quelques rares enquêtes qualitatives s'intéressent à l'influence de ces sexualités sur la vie sociale des individus : au-delà des seuls rapports sexuels, il faut prendre en compte les relations non sexuelles entre les gais<sup>4</sup>. On peut regretter que ce type de recherche ne soit pas plus développé en France ; en effet, il semble aujourd'hui important non seulement d'analyser la participation des gais au marché des échanges sexuels mais également de prendre en compte leur insertion plus globale dans la société, dans leur lieu de travail, leur entourage familial, etc. Si dans le cadre de ces enquêtes, nous ne pouvons décrire en détail l'insertion sociale des gais dans la société, nous disposons de données permettant de cerner l'acceptation sociale de cette population.

La question de la stigmatisation (Goffman, 1975) du groupe des homosexuels se posait déjà avant l'apparition du sida. Au début des années 1980, le contexte semblait évoluer dans un sens favorable. Comme l'a montré J. Mossuz-Lavau (1991), certaines pratiques policières répressives à l'égard des pratiques homosexuelles ont alors été abandonnées, témoignant du développement d'un climat de plus grande tolérance. Cette nouvelle donne est cependant remise en cause avec l'arrivée du sida. Rapidement se construit un discours social qui désigne cette nouvelle pathologie comme un " cancer gai " et les homosexuels sont présentés comme un " groupe à risque ". Ce discours, diffusé à l'origine par la presse (Herzlich, Pierret, 1988), pouvait être porteur d'une nouvelle menace et une réaction de rejet de la part de la population générale vis-à-vis des homosexuels, puisque ceux-ci pouvaient être présentés comme responsables d'une extension possible de l'épidémie. La crainte qu'on a pu avoir à un moment n'a cependant fort heureusement pas été vérifiée.

Diverses enquêtes menées au cours des années 1990 nous permettent de dresser un bilan général de l'acceptation ou de la stigmatisation de l'homosexualité<sup>5</sup>. Au niveau normatif, la population semble prête à accepter l'homosexualité : les trois quarts des répondants de

---

<sup>4</sup> R. Mendes-Leite propose d'aller plus loin en analysant l'ensemble des rapports sociaux entre personnes de même sexe qu'elles soient gaies ou non. Il parle à ce propos " d'homosocialité ".

<sup>5</sup> Sur ce point, on peut également se reporter à la synthèse de P. Adam, G. Paicheler et A. Quemin, 1995.

l'enquête de J.-P. Moatti, W. Dab et M. Pollak (1992) disent que les homosexuels “ *sont des gens comme les autres* ”. Dans l'enquête qualitative de G. Paicheler et A. Quemini (1994), les personnes hétérosexuelles interviewées font également preuve d'une grande tolérance de principe : elles adoptent une attitude “ d'hypervigilance sociale ” et refusent de stigmatiser certains groupes sociaux dont les homosexuels. Cependant, l'acceptation de ce groupe dans la société globale, vue par les homosexuels, reste fragile. En effet, dans les enquêtes presse gaie, l'acceptation par l'entourage immédiat reste problématique : par exemple, un quart seulement des répondants considère que leur père accepte leur homosexualité. Cette acceptation est encore plus difficile pour les jeunes puisqu'un père sur dix seulement accepte l'homosexualité de son fils (chapitre 6). Parmi les jeunes répondants, les conflits ouverts avec la famille au sujet des relations amoureuses sont deux fois plus nombreux pour les gais que pour les jeunes de la population générale (Bozon, Villeneuve-Gokalp, 1995). A cette peur du conflit ou du rejet s'ajoute le lent et parfois difficile processus de maturation qu'il y a entre le moment de la révélation d'une attirance vers les hommes et la reconnaissance d'un état homosexuel (Davies, 1992 ; Pollak, Schiltz, 1991 ; Richard, 1994).

Au problème de l'acceptation sociale de l'homosexualité s'est ajouté celui de l'acceptation des homosexuels touchés par le VIH. Si on les compare à la population générale, les gais apparaissent d'emblée comme des champions de l'acceptation sociale des personnes atteintes. Cette attitude ne s'est pourtant pas forgée spontanément. Nous constatons qu'en 1985, 65% des répondants sont en faveur d'un dépistage général de la population. Par ailleurs, à cette époque, une forte minorité souhaite des mesures d'isolement des malades (11%) et des séropositifs (9%) (Pollak, Schiltz, 1991). C'est cependant l'attitude libérale qui l'a massivement emporté avec le temps. En 1993, seulement 6% des gais sont en faveur du dépistage de la population générale, et l'isolement des malades ou des séropositifs est souhaité par moins d'1% des répondants. Cela ne signifie pourtant pas que l'acceptation par les gais eux-mêmes des personnes atteintes aille aujourd'hui de soi. Dans nos enquêtes, on remarque en effet que les séropositifs sélectionnent avec soin leurs confidents. C'est auprès de leurs amis qu'ils se confient le plus facilement ; cependant, pour près d'un tiers des répondants, même les amis sont exclus de la confiance. L'information reste très contrôlée dans le milieu professionnel, les trois quarts dissimulent leur état à leurs collègues (Schiltz, 1994). On peut de ce fait considérer qu'il existe des situations “ d'intolérance diffuse ” (Paicheler, Quemini, 1994) y compris parmi les gais. Plutôt que de nier ou de condamner l'existence de ces situations qui surviennent dans la vie quotidienne ou lors des échanges sexuels, des études détaillées, s'inspirant par exemple des travaux de M. R. Kowalewski (1988), doivent être réalisées, afin de nous permettre de mieux comprendre ce phénomène. Elles constitueraient un complément essentiel à l'analyse de l'expérience du VIH vécue par les séropositifs, les malades, mais aussi par leurs proches.

L'acceptation des personnes atteintes parmi les gais - qui, comme nous venons de le voir, reste relative - a été favorisée par la diffusion d'un modèle libéral de prévention. La tolérance de la société vis-à-vis de l'homosexualité a, quant à elle, bénéficié des attitudes responsables mises en avant par les gais face au sida.

## 2. Une forte adaptation au risque

Durant la seconde moitié des années 1980, les homo- et bisexuels ont profondément modifié leurs comportements sexuels.

### *Une modification globale des comportements*

Très tôt, les gais ont été informés de la forte prévalence du VIH dans leur groupe : dans nos enquêtes, 17% des répondants sont en effet séropositifs ou malades. Dans la mesure où ils avaient globalement une sexualité intense dans un réseau sexuel fortement touché par le VIH, les gais ont très rapidement été confrontés à la question de la prévention. On constate dans un premier temps qu'ils ont rapidement recouru au test afin de connaître leur statut sérologique (chapitre 2) : dès 1986, 32% des répondants avaient fait un test ; en 1993, plus de 80% le sont. L'adoption des gestes préventifs est tout aussi rapide. Alors qu'en 1985 seulement 44% des enquêtés déclaraient avoir modifié leurs comportements en prenant des précautions, ce taux augmente jusqu'en 1988, pour se stabiliser par la suite au-dessus de 80%. En 1993, il faut y ajouter les 11% d'homosexuels qui, du fait de leur jeune âge, ont toujours pratiqué une forme de *safer sex*. Actuellement, seul un petit nombre d'homo- et bisexuels masculins de notre enquête (4%) maintiennent des comportements à risque parce qu'ils ne peuvent ou ne veulent pas modifier leur sexualité.

L'enquête a permis de mettre en évidence les facteurs favorisant l'adoption de ces gestes préventifs. La diffusion du *safer sex* est corrélée dans un premier temps à la proximité personnelle avec la séropositivité, à un statut social et professionnel de niveau élevé lié à un sentiment d'acceptation sociale de son homosexualité, ainsi qu'à un haut degré d'intégration dans la communauté (Pollak, Schiltz, 1991 ; Pollak, 1991). Peu à peu cependant, les écarts entre les classes sociales s'amenuisent, bien que la précarité sociale soit toujours accompagnée d'une gestion du risque plus problématique. Avec un temps de retard, à partir de 1987, les jeunes s'adaptent progressivement au risque, de façon aussi satisfaisante que leurs aînés. L'enquête 1993 confirme la stabilisation depuis 1988 des changements importants de comportement sexuel consentis par les homo- et bisexuels.

### *La nature des changements consentis*

Depuis 1989, l'usage du préservatif s'est stabilisé à un niveau élevé : les trois quarts des répondants en sont utilisateurs. Même s'ils pensent que le latex n'est pas drôle et s'ils émettent quelques réserves à son encontre<sup>6</sup>, les homosexuels se sont fait une raison et considèrent le préservatif comme le moyen nécessaire et efficace pour se protéger.

---

<sup>6</sup> Pour la plupart des répondants, il est clair que les préservatifs préservent avant tout des MST et du sida. Dans l'ensemble, les gais sont prévoyants et ont toujours des préservatifs sous la main. Les trois quarts considèrent le préservatif comme un signe de prudence. Alors qu'il est bien perçu au moment de la négociation sexuelle et accepté sans arrière-pensée, les choses se gâtent lorsque l'on passe de l'approche à l'utilisation effective. Ce petit bout de caoutchouc reste pour beaucoup une barrière psychologique et surtout sensuelle. Ainsi, 22% se plaignent de ce qu'il gêne l'intimité, mais c'est surtout l'entrave à la sensualité qui dérange : il réduit les sensations pendant la pénétration (35%), prive du plaisir du contact avec le sperme (34%), interrompt les rapports sexuels au meilleur moment (25%), rend la sexualité trop technique (25%) et, plus grave, "coupe tous leurs effets" à 17% des répondants.

Cette adaptation massive au risque ne se limite pas à l'adoption du préservatif ; des réponses plus complexes sont mises en oeuvre. On constate qu'à côté du *safer sex*, les gais ont mis en place d'autres stratégies d'évitement du risque, qui varient suivant le type de partenaires sexuels.

L'enquête 1993 confirme qu'avec les partenaires de passage, la prudence est désormais de règle : la pénétration est moins pratiquée, quatre homosexuels sur dix la bannissent, et seulement 6% la pratiquent lors de chaque rapport avec un partenaire occasionnel. Avec ces partenaires de rencontre, non seulement les pratiques à risque tendent à être exclues mais, quand elles sont maintenues, elles sont nettement plus protégées : 82% des répondants ont abandonné la pénétration ou utilisent des préservatifs lors de chaque pénétration avec un partenaire occasionnel, contre 44% avec leur partenaire stable. La mise d'un préservatif pour la fellation reste un geste minoritaire, légèrement plus fréquente avec les partenaires de rencontre ; un peu plus du tiers utilisent " toujours " ou " parfois " des préservatifs lors de rapports bucco-génitaux. En revanche, le fait de ne pas éjaculer lors d'une fellation avec un partenaire occasionnel s'est généralisé : 69% en 1991 et 75% en 1993 évitent de recevoir le sperme dans la bouche.

Tableau 1 : Pratiques et protection des pratiques selon le type de partenaires

	1991		1993	
	partenaires stable	occas.	partenaires stable	occas. <sup>7</sup>
<i>Fellation</i>				
pas de fellation	2%	6%	2%	4%
toujours protégée	7%	13%	5%	12%
parfois protégée	11%	23%	7%	26%
jamais protégée	80%	58%	86%	57%
<i>Ejaculation dans la bouche</i>				
pas de fellation	2%	6%	2%	3%
jamais	57%	69%	56%	75%
parfois	34%	22%	35%	19%
toujours	8%	3%	7%	3%
<i>Pénétration</i>				
pas de pénétration	13%	26%	13%	25%
toujours protégée	37%	53%	31%	57%
parfois protégée	13%	11%	9%	9%
jamais protégée	37%	10%	47%	9%

L'utilisation du préservatif à l'occasion de la dernière pénétration fournit un instantané de la protection des pratiques et confirme que les relations sexuelles sont nettement moins protégées avec le partenaire stable (49% des répondants - qui pratiquent la pénétration avec leur partenaire stable - se sont protégés lors de leur dernier rapport, contre 88% - des hommes concernés par cette pratique - avec des partenaires occasionnels). Cette protection

<sup>7</sup> Pourcentages calculés sur la base des répondants concernés par la question, c'est-à-dire ceux qui ont répondu aux questions sur la sexualité avec un partenaire stable et/ou des partenaires occasionnels.

différenciée selon la nature de la relation avec les partenaires sexuels s'explique par le fait que les gais sont actuellement massivement testés et tentent de prendre en compte leur statut sérologique et celui de leurs partenaires dans la gestion du risque. Ce constat tend à montrer que le "tout préservatif" ne recouvre pas la totalité des adaptations au risque du VIH.

### *Des stratégies d'évitement du risque diversifiées*

Une autre batterie de questions<sup>8</sup> nous permet de cerner la diversité des réactions à l'épidémie de sida.

Tableau 2 : Stratégies d'évitement de l'épidémie

	1991	1993
pas de stratégie indiquée	5%	2%
ne peut pas, ne veut pas changer	6%	4%
sélection partenaires, lieux de drague	8%	8%
non protégé avec p.stable	10%	14%
protection, pas de pratiques à risque	71%	73%

Sans prétendre rendre compte de l'intégralité des dispositifs d'évitement, cet ensemble de questions nous permet de cerner trois stratégies principales de gestion du risque, dont l'efficacité est inégale d'un point de vue épidémiologique.

La grande majorité des homosexuels (73% en 1993) a opté pour le "tout *safer sex*", c'est-à-dire la ligne de conduite qui consiste à protéger ou abandonner les pratiques à risque. On note cependant chez les gais français une nette préférence pour la protection des pratiques, l'abandon de la pénétration restant minoritaire<sup>9</sup>. Ce pôle de réaction, majoritaire, n'est cependant qu'un des modèles de gestion du risque observables.

La stratégie fondée sur la "responsabilité partagée au sein du couple" dont la finalité est d'avoir une sexualité non protégée entre partenaires stables a été adoptée par 14% des homosexuels. Ils se partagent entre les 7% qui se déclarent fidèles et les autres (7%) qui, vivant en couple ouvert, ont pris le parti de se protéger uniquement avec leurs partenaires occasionnels. Au fil des ans, on a pu noter une augmentation des stratégies de couple, qui sont désormais liées à une utilisation massive du test de dépistage.

<sup>8</sup> L'intitulé de ces question était : " j'ai diminué le nombre de mes partenaires ; je choisis mes partenaires avec plus de précautions ; j'ai renoncé à fréquenter certains lieux de drague ; je pratique le *safer sex* ; je me limite à la masturbation et aux caresses ; je recherche une relation stable ; moi et mon partenaire sommes fidèles ; je pratique le *safer sex* seulement en dehors de ma relation stable ; j'ai toujours pratiqué une forme de *safer sex* ; j'ai décidé de ne pas changer ma sexualité, même si je prends des risques "

<sup>9</sup> Ainsi, en 1991, 16% des gais français ne pratiquaient pas la pénétration avec leur partenaire stable et 32% avec les partenaires de rencontre. Une comparaison européenne montrait que les gais français étaient les plus attachés à cette pratique sexuelle alors qu'une forte minorité de gais néerlandais avait exclu la pénétration anale de leur répertoire sexuel (Schiltz, 1993). M. Pollak (1991) avait déjà relevé ces différences qu'il expliquait par des différences d'arguments de prévention : alors que, presque partout en Europe l'utilisation régulière de préservatifs s'est imposée lors de la pénétration anale, aux Pays-Bas l'abandon de la pénétration prédomine comme stratégie préventive, conformément aux conseils de prévention à une époque diffusés dans ce pays.

Enfin, malgré les campagnes de prévention, une minorité d'hommes (8%) pense pouvoir conjurer le risque en réduisant seulement les situations d'exposition ; ils diminuent le nombre de leurs partenaires, les choisissent sur leur apparence, évitent certains lieux de drague réputés à risque.

Entre 1991 et 1993, nous observons une évolution significative de la part respective de ces différentes stratégies. La proportion d'individus qui ne déclarent aucune stratégie ou qui maintiennent des comportements sexuels à risque est en diminution (de 11% en 1991 à 6% en 1993). Au contraire, nous observons une augmentation importante des stratégies de couple, qui passent de 10% à 14% sur la période. La prévention ne doit donc pas chercher à imposer une modalité unique de gestion du risque à l'ensemble des homosexuels. Il faut, au contraire, utiliser notre connaissance des différents modes de vie pour permettre à chaque homosexuel d'améliorer son adaptation à l'épidémie tout en assumant son choix de vie.

La prise en compte des stratégies déclarées par les individus offre donc une vision très globale des prises de risques. On constate d'emblée que si la progression du *safer sex* dans la communauté gaie a été spectaculaire jusqu'en 1988-89, la sexualité à moindre risque s'est ensuite stabilisée à un niveau certes élevé mais loin d'être satisfaisant. Ainsi, dès 1990, alors que le risque sida est pris en compte par plus de neuf gais sur dix, l'enquête met en évidence des signes de lassitude face au *safer sex* : il apparaît dès cette époque que la minorité qui n'a pas modifié ses comportements “ *ne représente pas le problème le plus grave pour la prévention, la véritable difficulté c'est le maintien et la cohérence des changements consentis* ” (Pollak, 1991). Pour appréhender cette question, nous avons dû renouveler nos outils d'investigation.

### **3. Des prises de risques qui n'ont jamais complètement disparu**

L'appréhension du risque à partir des stratégies déclarées n'est pas très précise. La focalisation sur les tactiques habituelles d'évitement ne permet pas de rendre compte des écarts qui surviennent parfois dans les comportements. Aussi, nous faut-il compléter notre approche en utilisant un indicateur plus explicite : “ *Ces douze derniers mois, avez-vous pratiqué au moins une fois une pénétration non protégée avec un partenaire dont vous ne connaissiez pas le statut sérologique ou qui était d'un statut sérologique différent du vôtre ?* ”. Ainsi pour évaluer le risque, nous avons pris en compte la non-protection de la pénétration anale. Cependant il convient de nuancer la signification de cette absence de protection en fonction du statut sérologique des partenaires, bien que ce ne soit pas facile à apprécier dans le cadre d'une étude quantitative. Ainsi, avons-nous considéré que la pénétration “ rarement ” ou “ jamais ” protégée avec les partenaires occasionnels était un indicateur indiscutable de risque : dans ce cas, on ne peut en effet se prévaloir d'aucune connaissance fiable sur le statut sérologique de son partenaire. En revanche, l'exposition au risque est plus difficile à évaluer dans le cas des relations non protégées au sein du couple, étant donné l'existence de stratégies raisonnées de gestion du risque fondées sur un contrôle du statut sérologique.

Lorsqu'on prend en compte ce nouvel indicateur de risque, on constate qu'un homosexuel sur cinq déclare, au moins une pénétration non protégée dans l'année, avec un partenaire

(stable et/ou occasionnel) de statut sérologique différent ou inconnu. De telles déclarations ne sont pas uniquement le fait d'individus qui n'ont pas modifié leur comportement sexuel face au risque. Ainsi, 19% des hommes qui sont des adeptes du *safer sex*<sup>10</sup> déclarent par ailleurs au moins une pénétration non protégée dans l'année avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou différent (chapitre 3). L'importance de ce taux montre bien la difficulté qu'il y a à maintenir sur le long terme une protection sans faille, y compris chez les hommes les plus réceptifs aux consignes de prévention. Ces résultats nous laissent à penser que des événements à risque ne sont pas circonscrit à des segments de population bien définis ou des périodes successives *safe* ou *unsafe* mais qu'ils adviennent de façon plus diffuse.

Ainsi la notion de *relapse*, "rechute", très usitée à l'heure actuelle qui propose un partage des individus en deux classes *safe* et *unsafe*, déforme la réalité des prises de risque. Cette notion s'est élaborée vers 1988. A l'époque, les tenants, essentiellement américains (Ekstrand *et al.*, 1989, McCusker *et al.*, 1992) et néerlandais (de Wit, Godfried, van Griensen, 1994), du *safe sex*, "sexualité sans risque", constatent, comme tous les autres auteurs travaillant sur ce sujet, l'existence de failles dans le système de protection d'hommes qui, auparavant, avaient suivi à la lettre les préceptes de la prévention. Selon les observations ces auteurs, des "rechutes" affectent des hommes aussi avertis que les membres des cohortes qu'ils suivent régulièrement. Afin d'expliquer ce phénomène, ces chercheurs créent la notion de *relapse*. Entre les hommes qui n'ont jamais pu ou voulu consentir des changements de comportements et de ceux qui ont, au contraire, durablement modifié leur sexualité face au risque de sida, ils construisent une nouvelle catégorie et désignent par *relapse*, la situation de ceux qui ayant été *safe* au cours d'une période précédente ont par la suite connu au moins un épisode à risque. Ce classement reprend celui des études sur l'abandon des conduites pathologiques (tabagisme, boulimie, alcoolisme...), qui ont établi qu'il est bien plus difficile de persister dans les changements que de prendre la décision initiale. Il s'agit alors, sur le modèle de l'intervention comportementaliste des programmes de santé qui cherchent à modifier des conduites addictives, de rééduquer ces hommes défaillants.

Cette problématique a été largement contestée par les équipes européennes travaillant sur la sexualité et le sida (Bochow, 1991 ; Hart *et al.*, 1992 ; Davies, 1992). Ces auteurs refusent en effet d'associer la sexualité à une conduite pathologique<sup>11</sup> ; ils ont, par ailleurs, abandonné très tôt l'objectif irréaliste du "risque zéro".

Selon nos observations, le principal défi pour la prévention n'est pas celui de "convertir" les hommes qui ont abandonné tout geste préventif : en effet, nous constatons que le taux des individus ne déclarant "aucune stratégie" ou qui maintiennent des comportements à risque est extrêmement faible (5%). Au contraire, il est important de prendre en compte le fait que les événements "risque" et "non-risque" ne correspondent pas forcément à des

---

<sup>10</sup> Ces hommes déclarent avoir adopté ou toujours pratiqué le *safer sex* ou encore se limiter à la masturbation réciproque ou aux caresses érotiques.

<sup>11</sup> Selon la célèbre expression de P. Davies : " *It was not dark, they were not drunk, etc.* ". Pour cet auteur, les prises de risque ne sont pas liées à des comportements irresponsables ou pathogènes.



périodes de l'existence totalement cloisonnées. Ce phénomène semble être difficile à intégrer non seulement par les sciences sociales mais également pour les acteurs de la prévention.

### *Les débats autour de la reprise des risques chez les gais*

Dans la mesure même où les homosexuels ont eu une adaptation spectaculaire au risque induit par le VIH, un discours social abusif s'est dans un premier temps développé considérant que les hommes intégrés au monde gai qui avaient adopté le *safer sex* échappaient totalement au risque. Il s'agissait au début de l'épidémie de lutter contre un discours stigmatisant faisant des homosexuels un "groupe à risque" par essence. Une seconde étape semble aujourd'hui avoir été franchie. Les médias et certains représentants de la prévention s'accordent pour considérer que le risque touche en fait de nombreux homosexuels. On a même assisté au cours des derniers mois à l'émergence d'un consensus sur une reprise des risques parmi les homosexuels, rapidement "expliquée" par la notion de *relapse* largement contestée, on l'a vu, par la communauté scientifique. Cette interprétation qui se veut explicative semble être peu documentée. Elle peut, par ailleurs, s'avérer plus démobilisatrice pour la prévention que véritablement constructive. Avant même d'aborder ce débat, il convient d'examiner plus attentivement les données épidémiologiques existantes.

Bien que les observations épidémiologiques montrent, en France, une diminution relative de la part des homo- et bisexuels masculins dans les nouveaux cas de sida déclarés, ce groupe de transmission reste cependant majoritaire depuis le début de l'épidémie. Ainsi au 31 décembre 1994, selon les données du Réseau national de santé publique (BEH, 1995) le mode de transmission homo- et bisexuel représente 40% des nouveaux cas déclarés sur les douze derniers mois. Par ailleurs, toutes les études épidémiologiques s'accordent pour constater que, parmi les homo- et bisexuels, le développement de l'épidémie est enrayé mais que la contamination continue à un niveau élevé. Une dernière estimation de l'incidence annuelle pour chaque groupe de transmission (Deuffic, Costagliola, 1995) évalue à plus de 3.000 le nombre des nouvelles contaminations dans ce groupe en 1991. Ainsi, aucune étude épidémiologique disponible à ce jour<sup>12</sup> ne permet d'établir aujourd'hui une recrudescence des contaminations annuelles parmi les homo- et bisexuels en France. Il n'en demeure pas moins que l'on doit rester vigilant sur cette question. En effet, étant donné la forte prévalence du VIH dans ce réseau d'échanges sexuels, une éventuelle recrudescence des comportements à risque - qui est toujours possible - pourrait avoir des conséquences dramatiques. Qu'il y ait ou non actuellement reprise de risque, on ne peut négliger le fait que la contamination n'a jamais cessé dans ce groupe, même si elle s'était stabilisée depuis 1990.

L'affirmation d'une reprise des risques chez les homosexuels n'est donc pas étayée par de nouvelles observations épidémiologiques. Cependant cette reconnaissance de la difficulté du maintien du *safer sex* aura eu le mérite de permettre une parole, longtemps occultée, sur cette question mais la teneur actuelle du discours n'est pas pleinement satisfaisante. Pour

---

<sup>12</sup> Les dernières indications épidémiologiques sur l'évolution des nouvelles contaminations dans le "groupe de transmission" homo- et bisexuel datent de 1993 (Meyer *et al.*, 1994).

expliquer les prises de risques, on a mis en avant l'existence de facteurs inconscients (deuil, désir de transgression de la norme *safer sex*, scepticisme inconscient sur le bien-fondé des consignes de prévention) qui interviennent certainement dans les difficultés de maintien ou dans l'abandon du *safer sex* (Lisandre, 1994) mais qui ne sont cependant pas universaux.

Un discours social s'est, par exemple, élaboré qui associe le deuil, le désespoir et la prise de risque. Un article paru dans *Le Monde* reprend les paroles d'un témoin : *“ Il y a cinq ans, une rupture passionnelle avec séparations et réconciliations à répétition a conduit Laurent à “ tenter de se flinguer, une envie de mourir par trop de désirs et la peur, déjà... de mourir ”, dit-il. Son amant, lui, “ qui était pourtant du genre à être surinformé et à faire très gaffe ”, s'est laissé contaminer en multipliant les rencontres non protégées. Bertrand, un autre copain, “ s'est volontairement piégé de la même manière. Il était désespéré. On avait vécu la mort d'un ami. Il se sentait largué ; il était au chômage. Sa nouvelle histoire avec un autre mec foirait... Mais il ne s'explique pas vraiment pourquoi, au fond de lui-même, il a délibérément choisi de prendre tous les risques dans un appartement avec un inconnu rencontré dans une boîte à cinq heures du matin ”. Cet été, un autre ami de Laurent est mort ”* (*Le Monde*, 14 et 15 mai 1995). Sans nier la réalité de ces moments de désespoir qui peuvent, dans certains cas, conduire à des prises de risque, l'analyse statistique permet d'en relativiser l'importance au sein de la population gaie. Selon nos observations, les répondants qui ont eu un compagnon ou des amis proches morts du sida, soit 31% des répondants, ne sont ni plus ni moins à risque que les hommes qui n'ont pas été affectés par un deuil dans leur entourage proche. A partir de ces résultats, on voit donc que le deuil n'apparaît pas statistiquement comme un facteur de risque spécifique<sup>13</sup>.

Tel qu'il est engagé, le débat actuel sur la prise de risque est donc trop réducteur et comporte des risques de déresponsabilisation<sup>14</sup>. Il semble par trop ignorer les nombreux travaux menés tant en France qu'à l'étranger dans le domaine de la sexualité et de la gestion des risques, alors que ceux-ci permettent de dégager des axes majeurs pour l'action préventive.

#### **4. Quelques priorités pour l'action préventive**

A partir des résultats de l'enquête presse gaie, on constate que le problème de la prévention en milieu gai n'est plus uniquement un problème d'information.

##### *Une population bien informée*

Une batterie de questions nous permet d'abord d'évaluer l'impact des différentes sources d'information et la confiance dont elles sont créditées.

---

<sup>13</sup> Rappelons qu'au début de l'épidémie, la connaissance de personnes séropositives était l'un des facteurs favorisant l'adoption de gestes préventifs (Pollak, Schiltz, 1987).

<sup>14</sup> Le danger de la pleine page du journal *Le Monde* (14-15 mai 1995) et des débats qui ont suivi sur le risque et les lacunes de la prévention, est de lancer l'alerte puis de démobiliser les individus et les acteurs de la prévention.

Les sources d'information utilisées par les gais sont, d'abord, la presse gaie (68%) et la presse générale (60%) ainsi que les brochures de prévention (60%). Viennent ensuite, par ordre décroissant, la télévision (38%), les amis (35%), les médecins (25%), la radio (21%), la presse médicale (18%) et les conférences d'associations (14%). Les institutions publiques et les permanences téléphoniques ont une audience bien plus faible (respectivement 10% et 8%). Nous avons, par ailleurs, demandé quelle confiance les répondants accordaient à chacune de ces sources. Les conférences d'association, la presse médicale, les médecins et les permanences téléphoniques bénéficient d'un capital de confiance très élevé. Aussi, en dépit d'une audience limitée, ils doivent être considérés comme un moyen important pour rendre crédibles les informations. La presse gaie et les brochures de prévention, quant à elles, présentent le double avantage de toucher un public gai important et de bénéficier d'un excellent capital de confiance. Les scores les plus mauvais sont réalisés par les médias audiovisuels et les amis : ils ont une audience limitée et ils sont en outre perçus comme des sources d'informations peu fiables. Entre les meilleurs et les plus contestés, se trouvent la presse générale qui est largement lue mais qui est considérée comme peu fiable, ainsi que les institutions publiques, qui sont, par ailleurs, rarement citées comme source d'information identifiée.

Une décennie après le début de l'épidémie, les trois quarts des homosexuels s'estiment bien informés sur le sida. On constate cependant que ce sont les personnes qui ont un niveau de diplôme élevé et qui appartiennent aux classes moyennes supérieures qui sont les plus informées<sup>15</sup>. Au contraire, les hommes qui se déclarent mal informés appartiennent à des milieux défavorisés et, sont en marge du monde gai (bisexuels, trop jeunes ou trop vieux). Ils s'informent peu mais sont demandeurs d'informations avec une nette préférence pour l'information orale (en face en face ou par téléphone).

Nous avons, par ailleurs, demandé aux répondants s'ils considéraient que l'on parlait trop ou pas assez du sida. Seule une petite minorité (6%) est saturée par le sujet : il semble que ces hommes soient aux marges du monde gai et qu'ils adoptent parfois une attitude de déni vis-à-vis du sida. Au contraire, la moitié des gais pensent que l'on ne parle pas assez du sida. Ces hommes qui militent en faveur d'une meilleure information sont très engagés dans un mode de vie gaie.

Les informations sur les traitements et les vaccins (43%) ainsi que les symptômes de la maladie (40%) sont toujours les plus recherchées. Probablement en raison des incertitudes qui entourent la fellation, "les voies de la transmission" (31%) sont un thème toujours présent. Un gai sur quatre s'intéresse plus particulièrement au vécu de la maladie et souhaite plus d'informations sur les risques encourus dans la vie quotidienne et sur le *safer sex*. La proportion de ceux qui "aimeraient pouvoir reconnaître un séropositif" reste stable et élevée (17%). Cette attirance pour une gestion extériorisée du risque est le révélateur d'une difficulté à assumer personnellement la prévention. Celle-ci se manifeste par le souhait de pouvoir isoler personnellement les personnes contaminées en ayant la possibilité de les identifier ou collectivement par la mise en place d'une politique gouvernementale

---

<sup>15</sup> Ce phénomène est encore accentué par le fait qu'ils sont aussi, le plus souvent, bien acceptés en tant qu'homosexuels.

“ répressive ” (dépistage obligatoire, quarantaine, contrôle aux frontières, fermeture de certains lieux de drague). Au total, c'est un homosexuel sur cinq qui exprime le souhait d'une intervention “ répressive ” dans un domaine ou un autre. Globalement, l'idée d'une politique répressive reste tout de même très majoritairement rejetée. Les gais apparaissent dans la population française comme étant les champions d'une stratégie d'éducation, d'information et de changements librement consentis dans les moeurs : un oui massif est exprimé pour que plus d'argent soit consacré à la recherche et aux associations, à l'éducation sexuelle et à l'adaptation du système de soins.

Un bon niveau d'information ne suffit cependant pas à induire des comportements parfaitement adaptés. Nous allons à présent aborder les problèmes techniques auxquels sont confrontés les homosexuels

### *Les incidents de préservatifs (ruptures et glissements)*

Une écrasante majorité de répondants (87%) considère que les préservatifs sont efficaces. Les incidents d'utilisation sont pourtant encore courants : en 1993, 30% des utilisateurs ont “ connu une rupture ” et 16% ont vu leur préservatif “ glisser ”. De nombreux utilisateurs peuvent ainsi avoir été accidentellement exposés au risque. Outre ces incidents, on doit prendre en compte les problèmes liés à l'utilisation des lubrifiants : 38% des utilisateurs de préservatifs n'utilisent jamais ou seulement quelquefois un lubrifiant. Par ailleurs, un nombre important d'utilisateurs de préservatifs (6%) a recours à des crèmes grasses qui rendent le latex poreux et peuvent entraîner des ruptures. L'information sur les lubrifiants doit donc être encore développée.

La gestion des risques ne se limite cependant pas à une méconnaissance des moyens de se protéger ou à un problème technique de mise en place de gestes préventifs efficaces. Au contraire, les inégalités réduites mais persistantes qui demeurent dans la gestion des risques renvoient parfois à des inégalités sociales.

### *Les inégalités sociales*

Si le sida a pris, en France, son essor à partir des classes moyennes supérieures, il devient de plus en plus une maladie qui révèle des inégalités sociales et culturelles ainsi que des “ handicaps ” cumulés de populations mal préparées à la gestion personnelle de leur santé. La diffusion du risque parmi les homo- et bisexuels n'est pas homogène et certains segments de la population sont plus fragiles que d'autres face à l'adoption et au maintien de conduites à moindre risque. L'enquête a montré que les ouvriers avaient eu à l'origine un retard dans l'adoption de gestes préventifs. Si ce retard s'est réduit au fil du temps, il n'en demeure pas moins que l'attitude des plus défavorisés face au risque demeure spécifique. Ils se sentent plus souvent que les autres impuissants à gérer la prévention et à se mettre personnellement à l'abri du risque, ils souhaitent dès lors plus fréquemment que les autres une intervention “ répressive ” de l'Etat (Pollak, Dab, Moatti, 1989). Concrètement, ces hommes apparaissent dans nos enquêtes comme étant plus souvent favorables à des mesures d'isolement des personnes atteintes, à un renforcement du contrôle aux frontières ou à la fermeture des lieux à forte consommation sexuelle.

Le milieu social ne constitue cependant pas le seul élément de fragilisation. De nombreuses études ont fait un lien entre le fait de se situer aux marges du monde homosexuel et une plus grande vulnérabilité face au risque VIH.

### *Le risque aux marges du monde gai ?*

Ainsi, la bisexualité mais également l'âge ont été désignés comme pouvant rendre parfois plus compliquée la gestion du risque. Il faut cependant une fois encore nuancer cette idée.

Dans nos enquêtes, 10% des répondants se définissent comme "hétérosexuels" ou "bisexuels". Cette notion tant usitée de bisexualité recouvre en fait des situations variables. Certains bisexuels sont engagés dans un mode de vie hétérosexuel<sup>16</sup> : ils sont mariés, vivent avec leur femme et éventuellement leurs enfants. D'autres, surtout les plus jeunes, ont de fait des partenaires féminines et se définissent plus souvent que les autres comme bisexuels. Cette bisexualité souvent temporaire correspond à une période d'incertitude avant la stabilisation des préférences. Ces hommes ayant des pratiques bisexuelles ou se déclarant comme tels ne déclarent pas plus de "pénétrations à risque" dans l'année que les homosexuels plus affirmés. On voit donc que le discours social désignant ces "hommes qui ont des rapports avec d'autres hommes" comme la priorité absolue de la prévention est trop catégorique. La bisexualité peut constituer un élément de fragilisation, notamment lorsqu'elle se combine avec le jeune âge, avec une appartenance sociale à des milieux plus défavorisés ou encore lorsque la méconnaissance des codes du groupe induit une moins grande capacité à négocier. Cependant, il apparaît que les bisexuels de nos échantillons semblent être moins directement exposés au risque par le fait qu'ils ont un répertoire sexuel plus limité et une sexualité moins fréquente avec un moins grand nombre de partenaires.

Outre le cas des bisexuels, les acteurs de la prévention attirent l'attention sur les problèmes rencontrés par les jeunes homosexuels. Nos données permettent également de faire le point sur cette question. Globalement, il s'avère que les jeunes répondants de moins de trente ans ne sont ni plus ni moins exposés au risque que leurs aînés lorsqu'on prend comme indicateur de risque les déclarations de pénétration(s) non protégée(s) avec des partenaires de statut sérologique inconnu ou différent du leur (chapitre 6). On peut également considérer les taux de contamination parmi les jeunes pour apprécier l'efficacité du *safer sex*. Dans l'échantillon global de l'enquête, 17% des répondants sont séropositifs ou malades. Ce taux global cache des disparités selon les âges et, plus encore, selon la date d'entrée dans la vie sexuelle.

On constate d'abord que les taux de contamination parmi les homosexuels témoignent de la diffusion historique des gestes préventifs. Dans l'enquête 1993, la prévalence du VIH fait un saut si l'on compare les répondants qui ont commencé leur sexualité avant 1984 avec ceux qui l'ont fait après cette date, à une époque où l'information sur le sida commençait à se développer : ainsi le pourcentage de répondants séropositifs passe de 21% parmi les répondants qui ont commencé leur sexualité avant 1984 à 10% pour ceux qui ont eu leur

---

<sup>16</sup> Parmi les classes les plus défavorisées, le taux d'hommes qui se déclarent "bisexuels" est plus fort.

première expérience sexuelle entre 1984 et 1987. L'année 1987 constitue également une date charnière dans l'histoire de la prévention puisqu'elle correspond notamment à la mise en place des premières campagnes par les pouvoirs publics. Ici encore, on constate que la prévalence est très différente entre les jeunes hommes qui ont commencé leur sexualité avant 1987 et ceux qui ont eu leur premier rapport sexuel après cette date (le pourcentage de répondants séropositifs passe de 10% pour ceux qui ont eu leur premières expériences sexuelles entre 1984 et 1987 à 2% au plus pour ceux qui sont rentrés dans la sexualité après 1987). Globalement, on observe donc une amélioration au fil du temps puisque les benjamins de nos enquêtes (les jeunes de moins de 25 ans, c'est-à-dire ceux qui ont en général commencé leur vie sexuelle après 1987) sont moins touchés que les autres répondants : la prévalence du VIH dans ce sous-échantillon est en effet de 3%.

Si les différences de prévalence selon l'âge attestent la diffusion historique des gestes préventifs, la survenue de certains éléments biographiques induit, par ailleurs, des moments de plus grande fragilité. Les résultats de nos enquêtes montrent qu'il existe une exposition au risque spécifique qui est liée à l'entrée dans la vie sexuelle : ce moment de fragilisation touche donc les très jeunes répondants. Il est, par ailleurs, important de noter le sentiment d'isolement dans lequel se sentent pris les plus jeunes répondants et les situations de rejet qu'ils vivent dans leur entourage familial au moment de leurs premières relations homosexuelles. Avec l'acceptation de soi en tant qu'homosexuel et l'expérience, la situation s'améliore. Mais on observe à nouveau autour de 24-25 ans une forte augmentation de la proportion de répondants séropositifs. Cette hausse semble être liée aux événements biographiques caractéristiques de cette période de la vie qui conduisent à une plus forte exposition au risque. En effet, vers 24-25 ans, la majorité des jeunes homosexuels sont complètement émancipés socialement. Ils sont alors sexuellement plus actifs et leur mobilité géographique spécifique vers les centres de vie gaie, surtout vers Paris, les confronte à un réseau d'échanges sexuels où la probabilité de rencontrer un partenaire infecté est plus forte. C'est, ainsi, au moment où ils quittent les marges du monde gai pour s'en rapprocher que l'exposition au risque s'accroît fortement.

L'analyse montre donc que l'on doit nuancer l'idée selon laquelle le risque majeur se cantonne uniquement dans les segments de populations dont l'insertion au monde homosexuel est la plus tenue.

### ***Le risque ne se situe pas uniquement aux confins de la communauté***

Dans son travail, M. Calvez (1994) a montré que chaque groupe social a tendance à reléguer le risque vers ses marges. Ainsi, l'appartenance communautaire est considérée par les individus insérés dans un groupe comme une véritable " *enveloppe protectrice* ". Ce constat s'applique également aux homosexuels. Alors pourtant que les résultats des enquêtes presse gaie montraient que le risque ne se situait pas seulement aux confins de la communauté mais que sa présence était plus diffuse, certains représentants homosexuels de la prévention ont d'abord eu tendance à considérer qu'un risque résiduel subsistait essentiellement aux marges. Nous avons déjà insisté sur le fait que des prises de risque interviennent également chez les hommes bien informés qui ont adopté le *safer sex*. Comme nous l'avons vu, la notion de *relapse* ne permet pas de rendre compte de ce phénomène : on sait en effet que les événements " risque " ou " non-prise de risque " ne

correspondent pas forcément à des périodes temporelles successives bien délimitées mais peuvent parfois coexister. Il convient également de noter que les répondants parfaitement intégrés au monde gai qui sont adeptes du *safer sex* et qui déclarent un nombre important de partenaires semblent avoir des difficultés à mettre en oeuvre un dispositif de protection parfaitement efficace. Selon nos observations, la proportion de personnes qui déclarent une pénétration non protégée avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou différent du leur croît avec le nombre de partenaires et ce quelles que soient les stratégies de protection déclarées. Cette corrélation laisse à penser qu'un certain style de vie très centré sur la drague homosexuelle - celui que les Australiens nomment "*fast lane lifestyle*" (Gold, Skinner, Ross, 1994) - conduit à multiplier les situations où un incident technique d'usage du préservatif ou encore une défaillance (psychologique) de la personne peuvent se produire. Il s'agit dès lors d'inciter ces hommes à la prudence tout en respectant leur choix de vie.

### **Conclusion**

Sil y a encore des prises de risque actuellement, c'est de façon diffuse et non pas uniquement dans certains groupes, par exemple parmi les hommes qui se situent aux marges du monde gai, qu'ils soient jeunes ou bisexuels. Cette situation s'explique par le fait que les écarts qui existaient entre divers segments quant à leur adaptation au risque se sont progressivement réduits au fil du temps. Par ailleurs, certaines personnes qui ont adopté le *safer sex* rendent compte de leurs difficultés à maintenir en permanence un dispositif de protection parfaitement efficace. Rares sont, au contraire, les hommes qui ont abandonné définitivement tout geste préventif. Comme nous venons de le voir, il reste aujourd'hui trop à faire dans le domaine de la prévention en milieu gai pour que les acteurs de la prévention se laissent démobiliser par un discours sur le *relapse* qui déforme la réalité des prises de risque et brouille les priorités de l'action préventive.

### **Bibliographie**

Adam P., Paicheler G., Quemin A. (1995) : 'Analyse et synthèse des recherches sur les aspects psychologiques, sociaux et culturels du sida'. *Prospective SIDA 2010. Le SIDA en France : Etat des connaissances en 1994*. Paris, ANRS: 130-173.

BEH (1995) : 'Surveillance du sida en France (Situation au 31 décembre 1994)'. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 95(8) : 31-37.

Béjin A., Pollak M. (1977) : 'La rationalisation de la sexualité'. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, LXII: 105-125.

Bell A.P., Weinberg M.S. (1978) : *Homosexualities. A Study of Diversity among Men and Women*, New York, Simon and Schuster.

Bochow M. (1991) : 'Le *safer sex* : une discussion sans fin. Quelques remarques au sujet de la discussion actuelle'. Eds. Pollak M., Mendes-Leite R., van dem Borghé J. : *Homosexualités et sida*. Lille, Cahiers Gai-Kitsch-Camp.

Bozon M., Villeneuve-Gokalp C. (1995) : 'Les enjeux des relations entre générations à la fin de l'adolescence'. *Population*, 49(6): 1527-1556.

Calvez M. (1992) : 'La sélection culturelle des risques du sida'. Rapport ANRS / IRTSB.

Calvez M. (1994) : 'Les représentations des risques du sida et l'expérience sociale', in *Connaissances représentations, comportements*, ANRS: 67-76.

Cerf, N. Laporte A., (1995) : 'Les données épidémiologiques'. in *Prospective SIDA 2010. Le SIDA en France : Etat des connaissances en 1994*. Paris, ANRS: 32-101.

Conrad P., Schneider J.W. (1985) : *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Columbus, Merrill Publishing Company.

Dannecker M., Reiche R. (1974) : *Der Gewöhnliche Homosexuelle*, Francfort, Fischer.

Davies P. (1992) : 'The Role of Disclosure in Coming Out among Gay Men'. Ed. Plummer K. : *Modern Homosexualities. Fragments of Lesbian and Gay Experience*. London, New York, Routledge: 75-83.

Davies P. M. and the Project SIGMA (1992) : 'On Relapse: Recidivism or Rational Response'. Eds. Aggleton P., Hart G., Davies P. : *AIDS: Rights, Risk and Reason*. London, Washington, The Falmer Press: 133-140.

Deuffic S., Costagliola D. (1995) : 'Incidence cumulée de l'infection à VIH : Approche par la méthode de rétrocalcul'. *Prospective SIDA 2010. Le SIDA en France : Etat des connaissances en 1994*. Paris, ANRS: 111-120.

Ekstrand M.L., Stall R.D., Coates T.J., McKusick L. (1989) : 'Risky Sex, Relapse, the Next Challenge for AIDS Prevention Programmes : the AIDS Behavioural Research Project'. Abstract TD08. *Proc. Fifth International Conference on AIDS*, Montréal.

Emory M. (1979) : *The Gay Picturebook*. Chicago, Comtemporary Books.

Gagnon J. (1973) : 'Male Homosexuality'. in J. Gagnon, W. Simon, eds., *Sexual Conduct*. Chicago, Aldine.

Goffman E. (1975) : *Stigmaté*. Paris, Editions de Minuit.

Gold R.S., Skinner M.J., Ross M.W. (1994) : 'Unprotected Anal Intercourse in HIV-infected and non-HIV-infected Gay Men'. *The Journal of Sex Research*, 31(1): 59-77.

Hart G., Boulton M., Fitzpatrick R., McLean J., Dawson J. (1992) : 'Relapse to Unsafe Sexual Behaviour among Gay Men: A Critique of Recent Behavioural HIV/Aids Research'. *Sociology of Health and Illness*, 14(2): 216-232.

Herzlich C., Pierret J. (1988) : 'Une maladie dans l'espace public. Le Sida dans six quotidiens français.' *Annales ESC*, sept-oct. : 1109-1134.

Humphreys L. (1970) : *Tearoom Trade. Impersonal Sex in Public Places*. New York, Aldine Publishing Company.

Kowalewski M.R. (1988) : 'Double Stigma and Boundary Maintenance. How Gay Men Deal with AIDS'. *Journal of Contemporary Ethnography*, 17(2):211-228.

*Le Journal du sida* (1995) : 'Homosexualité : Les ratés de la prévention'. 72: 18-29.



*Le Monde* (1995) : 'Une recrudescence du sida est observée chez les homosexuels'. 14-15 mai 1995

Lisandre H. (1994) : *Les homosexuels et le safer sex. Contribution psychanalytique à la prévention du sida*. Paris, Rapport à l'ANRS.

McCusker J., Stoddard A.M., McDonald M., Zapka J.G., Mayer K. H. (1992) : 'Maintenance of Behavioral Change in a Cohort of Homosexually Active Men'. *AIDS* 6: 861-868.

Meyer L., Couturier E., Brossard Y. et le groupe PREVADAV (1994): " Evolution dans le temps de la séroprévalence V.I.H. chez les patients consultants pour suspicion de maladie sexuellement transmissible (PREVADAV 1991-1993)". *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 94(50) : 233-234.

Messiah A., Mouret-Fourme E. (1993) : 'Homosexualité, bisexualité : éléments de socio-biographie sexuelle'. *Population*, 48(5) : 1353-1379.

Moatti J.-P., Dab W., Pollak M. (1992) : 'Les Français et le sida'. *La Recherche* 23: 1202-1211.

Mossuz-Lavau J. (1991) : *Les lois de l'amour. Les politiques de la sexualité en France (1950-1990)*. Paris, Editions Payot.

Paicheler G., Quemin A. (1994) : 'Actions de prévention du sida et public. Prolégomènes à la réception et à l'interprétation des discours de communication de masse' *Discours social*, 6(3-4) : 47-67.

Paicheler G., Quemin A. (1994) : 'Une intolérance diffuse : rumeurs sur les origines du sida'. *Sciences Sociales et Santé*, XII(4): 41-72.

Pollak M. (1981) : 'Les vertus de la banalité'. *Le débat*, 10: 132-142.

Pollak M (1982) : 'L'Homosexualité masculine ou le bonheur dans le ghetto ?'. *Communications*, 35:

Pollak M. (1988) : *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*. Paris, Métailié.

Pollak M. (1991) : 'Gais et sida : restons vigilants', *Gai Pied Hebdo*, n° 496, pp. 54-60.

Pollak M. (1991) : *AIDS Prevention for Men having Sex with Men. Final Report (Assessing Aids Prevention. EC Concerted Action on Assesement of AIDS/HIV Preventive Strategies)*. Lausanne, Institut de Médecine Sociale et Préventive (Cah. Rech. Doc IUMSP 75).

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. (1987) : 'Identité sociale et gestion d'un risque de santé'. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 68: 77-102.

Pollak M., Schiltz M.-A. (1991) : *Six années d'enquêtes sur les homo- et bisexuels masculins face au sida*. Paris, Rapport à l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida.

Richard H. (1994) : *Les jeunes hommes attirés par des relations avec des partenaires du même sexe*. Paris, Rapport à l'ANRS, juin 1994.

Schiltz M.-A. (1993) : *Les homosexuels masculins face au sida : Enquêtes 1991-1992*. Paris, Rapport à l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida.

Spira A., Bajos N. & le groupe ACSF (1993) : *Les comportements sexuels en France*. Paris, La documentation Française.

Warner M. (1995): 'Pourquoi les homosexuels prennent-ils des risques ?'. *Le Journal du Sida*, 72 : 19-23.

de Witt J.B.F., van Griensven J.P. (1994) : 'Time from Safer Sex to Unsafe Sexual Behaviour among Homosexual Men. *AIDS*, 8 : 123-126.

## **Chapitre 2 - Le test de dépistage au VIH : diffusion parmi les homo- et bisexuels français**

Les tests industriels de dépistage, disponibles depuis janvier 1985, offrent aujourd'hui la possibilité de connaître son statut sérologique. Cet article s'appuie sur l'enquête quantitative que nous avons menée auprès des lecteurs de la presse gaie pour analyser la diffusion massive du test parmi les homo- et bisexuels masculins. Nous nous intéressons d'abord à l'image du test parmi nos répondants. Il apparaît qu'à la volonté de savoir, qui constitue un argument fort en faveur du recours au test, sont parfois opposées les conséquences négatives liées à la révélation de la séropositivité et au danger de stigmatisation. La suspicion à l'égard du test, dont il faudra mesurer l'ampleur, n'est pas l'apanage des seuls hommes qui ne l'ont pas pratiqué, on la retrouve également chez les répondants testés. Bien que certaines pratiques de test contraint semblent subsister, le dépistage correspond le plus souvent à une démarche volontaire. En cas de séropositivité, il constitue une première étape pour la prise en charge médicale du VIH. Il peut également s'inscrire dans une logique préventive ou dans une tentative de gestion d'une anxiété suscitée par des conduites qui ne mettent pas à l'abri du risque. De ce point de vue, il nous est apparu intéressant de constituer des groupes de répondants en fonction du caractère plus ou moins récent de leur test mais aussi en tenant compte du caractère répété ou non de cette pratique. En effet, si certains répondants ont intégré un contrôle régulier de leur sérologie, d'autres semblent recourir au test dans l'urgence et de façon plus compulsive. Il s'agit donc pour nous de mettre l'accent sur les facteurs sociaux qui peuvent influencer le recours au test mais aussi la façon de le pratiquer. En étudiant sa diffusion parmi les gais, de 1985 à 1993, nous tenterons de voir si cette pratique est liée à des variables comme la profession, le niveau d'études, etc., ou bien si ce sont d'autres logiques qui entrent en oeuvre comme, par exemple, l'habitude de surveiller sa santé ou encore si l'on perçoit l'influence de facteurs comme une grande proximité à l'épidémie.

### *Méthode*

Depuis 1985, des enquêtes quantitatives annuelles ont été encartées dans la presse gaie française. En reprenant les résultats de ces investigations, nous pouvons, grâce à la grande stabilité des caractéristiques socio-démographiques des répondants (Pollak et Schiltz, 1991; Schiltz, 1993), retracer l'historique du recours au test de dépistage du VIH et suivre ainsi la façon dont les homo- et bisexuels masculins se sont appropriés cet outil afin de gérer leur santé en temps d'épidémie.

Le questionnaire est structuré par le fait que notre recherche porte sur la sexualité tout en étant très orientée par le risque induit par le sida. A côté des questions habituelles sur les caractéristiques socio-démographiques des individus (âge, statut matrimonial, lieu de résidence, profession, niveau d'études, etc.), d'autres questions saisissent leur engagement dans une sociabilité plutôt homosexuelle ou plutôt hétérosexuelle ainsi que le degré d'acceptation de l'homosexualité par soi-même et par autrui. L'activité sexuelle et le degré de protection des pratiques sont au centre de l'interrogation puisque le questionnaire a pour objectif principal de repérer les changements induits par l'épidémie de sida dans ce

domaine. Enfin, un ensemble de questions s'intéresse à l'état de la santé sexuelle (prévalence des maladies sexuellement transmissibles ainsi que du sida et leur incidence dans l'année qui précède l'enquête) mais également à sa gestion qui passe notamment par le rapport au médecin. En 1991, une série de questions explore les raisons de faire ou ne pas faire le test. Cette même année, l'enquête annuelle française sort des frontières hexagonales puisque, en collaboration avec diverses équipes européennes, un questionnaire commun est élaboré. Sans perdre l'avantage de l'observation d'une année sur l'autre, nous avons ainsi pu comparer les modes de vie socio-sexuels des homo- et bisexuels masculins français avec ceux de sept autres pays européens (Bochow *et al.*, 1994).

Par rapport aux célibataires masculins de la même tranche d'âge que l'on connaît à partir du recensement national, nos échantillons sous-représentent les classes populaires à faible niveau de diplôme et surreprésentent les cadres supérieurs disposant d'un diplôme supérieur ainsi que les Parisiens. L'âge au premier rapport sexuel dans notre échantillon et celui de la population masculine de l'enquête "Analyse des Comportements Sexuels en France" (ACSF) en population générale sont, quant à eux, tout à fait comparables pour les générations intermédiaires (25-45 ans). On note en revanche une entrée précoce dans la vie sexuelle de nos enquêtés les plus jeunes et les plus âgés (Bozon, 1993). Par ailleurs, le faible taux d'engagement dans les associations gaies et de lutte contre le sida atteste que notre échantillon ne se réduit pas à un noyau de militants. Notre enquête permet donc de rendre compte des comportements des hommes les plus actifs (du point de vue de leur activité professionnelle, sociale et sexuelle<sup>17</sup>) mais aussi, grâce à l'importance des échantillons<sup>18</sup>, des pratiques et des attitudes des hommes qui restent aux marges des modes de vie gais.

## **1. L'image du test chez les lecteurs de la presse gaie**

Avant d'analyser la diffusion du test, nous nous intéresserons à son image parmi les répondants. Il s'agit notamment d'explorer les principales motivations et réticences vis-à-vis de cet examen. Ces raisons peuvent être mises en regard avec la perception que les gais ont des garanties légales de confidentialité des résultats et de non-discrimination des personnes atteintes.

### *Les raisons en faveur ou à l'encontre du test*

En France, 80% des testés ont agi de leur propre initiative, 3% l'ont fait sur demande du partenaire et 11% sur celle du médecin. Des pratiques illégales, en rupture avec la règle du consentement éclairé, subsistent cependant ; ainsi 3% des répondants ont été testés à leur

---

<sup>17</sup> On compte peu de retraités ou autres inactifs parmi les répondants et très peu de sexuellement inactifs dans l'année (2% contre 6% des hommes de l'enquête ACSF)

<sup>18</sup> Nous avons enregistré 1000 questionnaires en 1985, 1200 en 1986 et 1987, 1500 en 1988 et 1989, 2000 en 1990 et 1991, 900 en 1992 et 3300 en 1993.

insu et 3% y ont été contraints par leur employeur<sup>19</sup>. Ces pratiques illégales et contraintes affectent essentiellement les hommes qui n'ont fait qu'une seule fois le test (9%).<sup>20</sup>

En 1991, une série de questions nous a permis d'explorer les motivations en faveur du test et les réticences à son égard. Les raisons positives que donnent les hommes testés sont toujours essentiellement la volonté de savoir (87%), suivie par la découverte de symptômes douteux, la recherche d'un traitement précoce ainsi que, la préparation au déclenchement éventuel de la maladie. En général, le test se fait en confiance, massivement pour lever l'incertitude, même si les raisons médicales ne sont pas totalement absentes. La volonté de savoir est caractéristique des hommes qui se soumettent à un contrôle régulier : 94% d'entre eux avancent cet argument. Les trois quarts des séropositifs ont fait le test de leur propre initiative, une minorité (16%) s'y est résolue après avis médical. Le quart des séropositifs explique ce recours par le fait qu'ils avaient alors découvert des symptômes qui pouvaient être liés à la séropositivité, 18% parce qu'ils voulaient bénéficier d'un traitement précoce et 27% parce qu'ils pensaient qu'en étant tôt prévenus, ils seraient mieux à même de lutter contre le déclenchement de la maladie. Ces pourcentages montrent que pour les hommes qui se savent très exposés, l'intention de gérer au mieux leur séropositivité intervient fortement dans la décision de savoir s'ils ont été ou non en contact avec le virus.

Parmi les raisons invoquées<sup>21</sup> par les 21% qui n'ont jamais fait le test, on trouve - à côté du rejet général (“ *ça ne sert à rien* ”, argument évoqué par 11% d'entre eux, et “ *je n'ai pas confiance dans les résultats* ”, 10%) -, l'angoisse psychologique (42%), mais aussi la peur que la connaissance d'un résultat positif puisse accélérer le déclenchement de la maladie (14%). Enfin, une part non négligeable d'entre eux exprime une inquiétude plus politique. Ces personnes pensent que l'anonymat n'est pas vraiment respecté (12%) et que le résultat pourrait être utilisé contre la personne séropositive (15%). Certaines raisons invoquées contre le test révèlent ainsi l'inquiétude des répondants face à l'épidémie et aux menaces de discrimination possible à l'encontre des séropositifs<sup>22</sup>.

Cette suspicion à l'encontre d'un examen, auquel ils sont pourtant nombreux à se soumettre, n'est pas seulement l'apanage des répondants qui n'ont pas fait le test. Comme

---

<sup>19</sup> Les pratiques de test contraint parmi les gais varient de 4 à 8% en Europe. Elles sont les plus faibles au Danemark, en Suisse et en Allemagne de l'Ouest, et les plus fortes en Allemagne de l'Est, en Autriche et au Royaume-Uni.

<sup>20</sup> C'est parmi cette dernière sous-population que les tests faits à la demande d'un tiers (partenaire, médecin) ou effectués à l'insu des personnes sont les plus nombreux (27%).

<sup>21</sup> Les répondants pouvaient choisir plusieurs réponses parmi les sept modalités suivantes proposées : “ *Je ne cours pas de risque* ”, “ *l'anonymat n'est pas garanti* ”, “ *je ne fais pas confiance au résultat du test* ”, “ *un résultat positif pourrait être utilisé contre moi* ”, “ *apprendre un résultat positif pourrait accélérer le déclenchement de la maladie* ”, “ *ça m'angoisse trop* ”, “ *ça ne sert à rien* ”.

<sup>22</sup> On retrouve de tels résultats dans les autres enquêtes européennes. La suspicion à l'égard des institutions est manifestement, pour les gais non-testés - britanniques (35%), autrichiens (25%) et suisses (20%) - un motif important pour ne pas se soumettre à cet examen. La défiance des gais britanniques à l'égard des institutions se nourrit de la politique très discriminatoire contre les séropositifs et les malades du sida que les compagnies d'assurances ont tenté d'imposer avec, parfois, la coopération active des médecins généralistes (Touillet, 1992). Les gais britanniques, autrichiens et allemands sont, par ailleurs, très réservés sur le respect du secret médical et confirment ainsi leur méfiance à l'égard du corps médical.

on va le voir, dans leur ensemble, les lecteurs de la presse gaie restent sceptiques sur la place que la société en général et que les homosexuels en particulier réservent aux personnes atteintes par le VIH.

***La crédibilité des garanties légales autour du test et de la séropositivité.***

Il ressort de nos analyses que la crainte de la marginalisation possible ou effective des personnes séropositives est toujours aussi vive. Selon nos données, quatre homosexuels sur cinq estiment qu'un séropositif a intérêt à garder son diagnostic secret. Trois sur quatre s'accordent à penser que, même entre homosexuels, un séropositif peut craindre la marginalisation. Enfin, la moitié des répondants reste sceptique quand au renforcement de la solidarité entre homosexuels pour faire face à l'épidémie. Probablement sous l'influence de l'action des associations, le sentiment de solidarité gaie s'est cependant légèrement affermi puisqu'en 1985, seulement un tiers des répondants pensaient que le sida renforçait la solidarité entre homosexuels.

Les répondants sont également très pessimistes sur les pratiques illicites du test : plus de la moitié d'entre eux soupçonnent les employeurs et les assurances de pratiquer le test à l'insu des personnes, attitude qu'ils réprouvent avec véhémence. Si la méfiance est encore largement répandue, l'évolution s'est cependant faite dans un sens favorable puisqu'en 1988, les deux tiers des répondants pensaient que les employeurs et les assurances pratiquaient le test à l'insu des personnes. De même, on note une amélioration dans la confiance vis-à-vis du corps médical : alors que en 1988, 60% des répondants pensaient que le secret médical était respecté, ce taux est actuellement de 71%.<sup>23</sup>

Dans l'ensemble, ces opinions sont indépendantes de la pratique du test et du statut sérologique<sup>24</sup>. Elles montrent qu'une majorité de répondants reste très pessimiste quant au bon usage du test et de ses résultats. Cette inquiétude à propos du bon usage du test s'inscrit dans la perception d'une "communauté de destin" (Pollak, 1988) et doit être comprise comme un appel pour lutter contre la discrimination, constatée ou redoutée<sup>25</sup>, dont peuvent être victimes les personnes atteintes du VIH. Sur ce point, la situation a considérablement évolué. En 1985, les deux tiers des répondants (65%) étaient encore favorables au dépistage obligatoire et 15% à différentes mesures de contrôle des séropositifs et/ou des malades. Aujourd'hui, les homo- et bisexuels masculins rejettent de façon unanime toute mesure coercitive de dépistage, de contrôle des frontières (95% contre) et d'isolement des malades ou séropositifs (98% contre). Ainsi, comme le montre la comparaison de nos résultats avec ceux de deux enquêtes représentatives de l'opinion française réalisées en

---

<sup>23</sup> La diffusion du test a, par ailleurs, amélioré les relations entre médecins et homosexuels. Si, en 1985, seulement 40% des médecins étaient "au courant" des préférences sexuelles de leur patient, à partir de 1990, plus de la moitié des médecins traitants sont désormais informés.

<sup>24</sup> Les séropositifs sont simplement moins nombreux que les autres (42% contre 52%) à accréditer l'idée d'une solidarité homosexuelle renforcée en raison de l'épidémie de sida. Ces hommes sont en revanche plus nombreux à mettre en doute l'existence d'une discrimination des séropositifs au travail.

<sup>25</sup> L'enquête ne permet pas de lever cette ambiguïté.

1990 et 1992<sup>26</sup>, les homo- et bisexuels masculins sont toujours à la pointe de ceux qui veulent lutter contre l'épidémie sans recourir à la contrainte.

Tableau 1 : Les mesures de lutte contre le sida souhaitées en France par :

	La population française		Les homosexuels enquête presse gaie	
	1990	1992	1990	1993
Dépistage de toute la population	55%	61%	11 %	11%
Isoler les malades ou les séropositifs	19%	9%	2%	2%

Cette attitude libérale, caractéristique d'une population qui a désormais largement pris en compte le risque sida dans sa sexualité, prouve le bien-fondé de l'hypothèse selon laquelle la maîtrise des précautions atténue les peurs et, indirectement, les propensions à la répression (Pollak, Moatti, 1990). Les gais réclament en effet un engagement accru des pouvoirs publics en matière d'information et d'éducation et recherchent eux-mêmes des informations pragmatiques, permettant d'assurer la gestion de l'épidémie.

Que la demande d'informations sur les traitements et les vaccins (43%) actuellement en plein développement occupe la première place parmi les demandes préconisées pour lutter contre l'épidémie n'est pas pour surprendre ; il est en revanche plus étonnant que la demande d'information sur les symptômes (40%) reste un des thèmes les plus recherchés et qu'après viennent dans l'ordre, les voies de la transmission (avec 30% des demandes), puis les risques dans la vie quotidienne (25%). Avec le souhait d'obtenir des critères de reconnaissance d'une personne contaminée, la demande d'information sur le test de dépistage et la séropositivité est la plus faible (18%). Ce classement qui, encore en 1993, fait figurer parmi les thèmes les plus recherchés la description des symptômes, des voies de transmission et des risques dans la vie quotidienne, peut, à première vue, paraître déroutant; on peut cependant y voir le signe d'un fort sentiment individuel d'incertitude qui continue à tourmenter une bonne partie des homosexuels parce qu'ils sont sexuellement actifs dans un univers où la prévalence du VIH est très forte. Bien qu'ils soient particulièrement bien informés, ils savent qu'il existe des zones d'ombre dans les connaissances scientifiques. Dans ce contexte, la faible demande d'information sur le test et la séropositivité est interprétable comme un îlot de connaissance intelligible et fiable que les homosexuels ont bien intégré.

Après avoir étudié les attitudes et les opinions des répondants à l'égard du test, nous allons à présent analyser sa diffusion et tenter de dégager les facteurs qui favorisent le recours au dépistage. Nous commencerons par un regard socio-historique pour retracer quelles ont été les grandes étapes de la diffusion du test et la façon dont il a progressivement été adopté par les diverses sous-populations de notre échantillon.

---

<sup>26</sup> Sondage effectué début 1990 sur un échantillon représentatif de la population française (Moatti, Dab, Pollak *et al.*, 1990). Sondage répété en 1992 auprès d'un échantillon représentatif de la population française (Moatti, Dab, Pollak *et al.*, 1992).

## 2. La dynamique de la diffusion du test

Très tôt, les homo- et bisexuels masculins de notre enquête ont voulu savoir. Dès l'été 1986, soit un peu plus d'un an après la disponibilité des premiers tests industriels, le tiers des répondants avait déjà effectué un test, et ce, indépendamment des positions, dans un premier temps circonspectes, de la communauté gaie à l'égard du dépistage.

Tableau 2 : Avez-vous déjà passé un test pour savoir si vous avez été en contact avec le virus du sida ?

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
n.r	-	1%	0%	0%	1%	0%	0%	3%	1%
non	-	67%	49%	41%	31%	28%	21%	19%	18%
oui, une fois	-	32%	26%	24%	25%	27%	26%	18%	33%
oui, plusieurs fois	-	*	25%	35%	44%	45%	53%	59%	48%

Quand, pour la première fois, une association de lutte contre le sida se prononce en faveur du test (Vaincre Le Sida, été 1987), la moitié des répondants s'est déjà soumise au test et, parmi les testés, la moitié d'entre eux a déjà répété ce contrôle. La mise en place d'institutions spécifiques qui garantissent à la fois l'anonymat et l'accès pour tous en est alors à ses balbutiements. En ce domaine, comme dans d'autres, l'action gouvernementale en faveur du dépistage volontaire généralisé suit l'action novatrice des associations qui ont créé, dès la mi 87, un centre de dépistage à Paris puis à Lyon. En juin 1987, le ministère de la Santé annonce qu'un effort important va être entrepris afin de faciliter le test volontaire par la création de centres de dépistage anonymes sur toute la France<sup>27</sup>. Au moment où s'ouvre, en mars 1988, le premier centre public spécialisé, les deux tiers des répondants sont testés. En 1991, la courbe de croissance du recours au test de dépistage au VIH se stabilise pour atteindre un palier. Ainsi, lorsqu'en 1992, l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS) lance une campagne nationale d'incitation volontaire au dépistage, les quatre cinquièmes de notre population ont déjà effectué le test.

Nos observations montrent donc que les homo- et bisexuels masculins français ont anticipé sur l'action des associations et des pouvoirs publics en s'emparant très tôt du test. Ce recours ne peut être attribué à une simple mise en pratique des recommandations de santé publique. Au contraire, l'adaptation collective semble prendre, à l'origine, une allure plus spontanée. Les politiques en faveur du dépistage qui se développent ultérieurement viennent donc renforcer des tendances préexistantes. Ainsi, pour rendre compte de la dynamique du recours au test, il ne suffit pas de s'attacher au seul impact des recommandations de santé publique sur des populations mais il faut également prendre en considération leurs propres capacités de réactions. Nous nous interrogerons donc sur les facteurs qui ont pu favoriser le recours au test avant mêmes que les politiques d'incitation au dépistage ne soient mises en place.

Dès nos premières enquêtes, le fort recours au test semble lié à un sentiment individuel d'incertitude renforcé par les informations qui, très tôt, mettent l'accent sur la forte prévalence du VIH dans la population homosexuelle. En effet, dans notre enquête de 1986,

<sup>27</sup> Jusqu'à cette date, les homosexuels qui voulaient connaître leur statut sérologique de façon anonyme et gratuite avaient recours au don de sang (BEH, 1987).



parmi les premiers répondants testés, la proportion d'hommes séropositifs est de 22% auxquels il faut ajouter les 9% de répondants refusant de préciser le résultat. A partir de 1988, ce taux se stabilise aux alentours de 18%, avec des pourcentages de non-spécification des résultats désormais inférieurs à 5%. Ces chiffres confirment tout d'abord une certaine rationalité du recours au test : les homosexuels se sachant particulièrement exposés ont été les premiers à faire le test et ce, afin de lever le doute. Mais ce recours a été également favorisé par l'existence d'habitudes antérieures. Le recours au test s'établit en effet, dans un premier temps, à partir du système d'auto-surveillance des MST, de type curatif, que pratiquaient plus ou moins régulièrement les deux tiers des répondants en 1985. Lors de notre première enquête, alors que les tests commerciaux venaient à peine d'être mis sur le marché, une forte minorité (42%) se soumettait régulièrement à des bilans sanguins. A partir d'une estimation objective de leur exposition au risque vénérien, ces hommes ont pris l'habitude, dans une perspective curative liée aux MST, d'être attentifs à leur santé sexuelle. Ce noyau est alors composé d'homosexuels affirmés qui ont un mode de vie très marqué par leur orientation sexuelle<sup>28</sup> et une forte proximité aux premiers cas de sida<sup>29</sup>. Deux ans plus tard, en 1987, c'est effectivement parmi ces hommes, habitués antérieurement à suivre leurs MST et objectivement fortement exposés par leur mode de vie, que le test de dépistage au VIH est le plus répandu : 84% de ces hommes sont testés. Ce taux chute à 59% parmi ceux qui ont un suivi irrégulier de leur santé sexuelle et à 10% parmi ceux qui n'ont jamais subi de bilan sanguin. La diffusion du test a donc été à l'origine favorisée par l'existence des pratiques antérieures de surveillance des MST qui sont caractéristiques des homosexuels proches du "ghetto".

La diffusion de test dépasse rapidement ce premier groupe pour atteindre les classes moyennes supérieures. Cette mobilisation en faveur du test des hommes socialement les plus favorisés renvoie cette fois à un phénomène plus général, que l'on retrouve pour d'autres pathologies. Il correspond à la propension des classes supérieures à intégrer dans leurs comportements vis-à-vis de la santé et de la maladie une attitude plus préventive que les classes populaires et, dès lors, à consulter plus souvent à ce titre (Adam, Herzlich, 1994).

Ainsi, il semble que la propagation du test se soit effectuée selon deux logiques distinctes, chacune caractéristique d'un groupe d'homosexuels spécifique : un noyau dur d'homosexuels fortement intégrés à la communauté et au marché sexuel d'une part, et les classes supérieures et moyennes supérieures d'autre part. On notera que dans les deux cas, l'adoption du test est très rapide dans la mesure où elle s'intègre à des pratiques de santé préexistantes au sida. Progressivement, une majorité d'hommes est alors prise dans cette

---

<sup>28</sup> Ainsi 23% des hommes qui se surveillent régulièrement ont un cercle d'amis composé principalement d'homosexuels, il n'y en a plus que 16% parmi qui se font suivre irrégulièrement et 8% parmi ceux qui ne se soumettent à aucun examen. Par ailleurs, leur fréquentation du marché sexuel est plus intense (40% ont plus de dix partenaires dans l'année contre respectivement 30% et 8%).

<sup>29</sup> En 1985, un répondant de l'enquête sur cinq pense avoir été en contact avec le virus : 8% ont cherché à savoir s'ils avaient été contaminés en allant consulter un médecin ou un centre spécialisé et 13% n'ont rien fait. Ceux qui ont voulu savoir ont à 77% l'habitude de surveiller leur santé sexuelle (contre 44% pour ceux qui n'ont rien fait). 35% d'entre eux connaissent personnellement des gens malades ou morts du sida contre 15% pour ceux qui n'ont pas cherché à savoir s'ils avaient été en contact avec le VIH.

double dynamique et le test se diffuse plus amplement parmi les gais. Sa diffusion est en effet renforcée par les politiques d'incitation au dépistage volontaire qui sont développées par les associations et les pouvoirs publics.

Nous présenterons à présent un bilan de cette diffusion de la pratique de dépistage en 1993. Malgré les campagnes en faveur du dépistage au VIH et la mise en place de nombreux Centres d'Information et de Dépistage Anonyme et Gratuit (CIDAG), le recours au test n'est toujours pas uniforme.

Actuellement, la proximité au monde gai et l'existence d'antécédents vénériens constituent toujours des facteurs qui renforcent la pratique du test. Si, en province, près de 25% des homosexuels ne l'ont pas effectué, ils ne sont plus que 15% en région parisienne. Les antécédents vénériens augmentent également significativement le recours à cet examen. Si 29% de ceux qui n'ont jamais contracté de maladie sexuellement transmissible n'ont pas passé de test, ce taux tombe à 12% dès qu'une atteinte vénérienne est déclarée par les répondants. La conjugaison de ces deux facteurs rend l'accès au test encore plus inégal: un tiers des gais provinciaux qui n'ont pas eu de maladies sexuellement transmissibles ne connaissent pas leur statut sérologique, tandis qu'en région parisienne, seule une minorité de gais (8%) avec expérience d'une atteinte vénérienne semble résister à la pratique désormais banale du test.

Le profil des hommes (n=571, soit 18% du total des répondants) qui, en 1993, n'ont pas voulu recourir au test est très spécifique. On pourrait penser que des critères de rationalité d'exposition ou non au VIH sont déterminants et que ces hommes se caractérisent en partie par une activité sexuelle, si ce n'est très limitée, tout au moins sans risque. Cette supposition est en partie vérifiée puisque ces hommes ont, plus fréquemment que les autres, une sexualité très réduite ou un répertoire sexuel qui minimise considérablement le risque. Ce critère de rationalité n'est cependant pas en soi un critère discriminant. Il ne le devient que s'il est associé à d'autres caractéristiques liées au mode de vie. Ainsi 38% des non-testés (contre 13% parmi ceux qui ont subi l'examen) n'ont soit (1) rien dit de leur attirance sexuelle pour des hommes à leur entourage immédiat ou ont au moins deux des critères suivants : à savoir (2) une sexualité très réduite ou sans risque majeur c'est-à-dire sans pénétration, (3) un engagement dans un mode de vie hétérosexuel (marié habitant avec sa femme ou ses parents) et, enfin, (4) ils se définissent comme étant bi- ou hétérosexuels. Cette double caractérisation est la marque d'un fort ancrage dans un mode de vie qui les maintient aux confins du monde homosexuel : leur position marginale n'est, de ce fait, pas conjoncturelle. Parmi ces quatre indicateurs, le seul à être en soi discriminant est l'incapacité de certains hommes de rompre le mur de silence dont ils entourent leur attirance pour d'autres hommes ; ainsi 29% des hommes non-testés n'ont jamais parlé de leur homosexualité dans leur entourage immédiat (contre 9% pour les autres) et 82% d'entre eux (contre 40%) n'ont pas informé leur médecin de leur orientation sexuelle. Selon cette observation, il semblerait que la peur de voir porter au grand jour leurs pratiques homosexuelles soit encore un des motifs importants pour refuser de se soumettre à ce contrôle médical.

Comme on vient de le voir, le test de dépistage du VIH s'est diffusé rapidement et massivement parmi les homosexuels français. Historiquement le test a d'abord été adopté

par des sous-groupes spécifiques de la population homosexuelle pour se généraliser par la suite. La diffusion du test en 1993 n'a pourtant pas fait disparaître certaines inégalités. Cette première approche globale nous a ainsi permis de mettre en évidence des disparités géographiques et d'autres liées au degré d'exposition des répondants au risque vénérien. De même, le profil social des personnes qui n'ont toujours pas eu recours au test reste spécifique, même si les différences de profession et de niveau d'étude se sont estompées au fil des ans. Les hommes non-testés se situent en effet aux marges du monde homosexuel : ils sont trop jeunes ou trop vieux et, souvent, n'osent pas affirmer leur homosexualité.

Jusqu'à présent, nous avons simplement considéré l'opposition assez grossière entre les hommes qui avaient eu recours au test et ceux qui restaient en marge de cette diffusion. Cette analyse est trop schématique puisqu'il existe en fait des façons très diverses de pratiquer le test.

### **3. Les différents usages du test**

Une première distinction que l'on peut introduire dans l'analyse tient à l'ancienneté du test ou à son caractère récent, mais également à son degré de répétition. Une première approche montre que, dans l'ensemble, les tests de nos répondants sont récents. En effet, les trois quarts remontent au plus à dix-huit mois et, chaque année, pour plus de la moitié des hommes testés, le dernier contrôle a été effectué dans le semestre qui précède l'enquête, une majorité (les deux tiers des testés) vérifiant leur statut sérologique. Lorsque l'on se focalise sur la population des hommes séronégatifs au moment de leur dernier contrôle et que l'on effectue un classement qui prend en compte l'ancienneté du test et sa répétition, on repère l'existence de différentes modalités de recours au test que l'on peut mettre en relation avec des profils de répondants spécifiques.

Le premier pôle est composé par les hommes dont le test est ancien (plus de 18 mois) et qui, depuis, n'ont pas éprouvé le besoin de confirmer ce résultat. Dans ce groupe, deux sous-populations apparaissent. Les hommes qui ont effectué une seule fois le test (n=248, soit 12% des testés séronégatifs) se caractérisent par une faible participation au marché des échanges sexuels et un répertoire sexuel limité à des pratiques à moindre risque. Leur participation timide au marché des échanges sexuels correspond à une vie sociale qui se cantonne bien souvent aux confins de la vie homosexuelle, soit parce que les répondants ont choisi de vivre en couple avec éventuellement un nombre restreint de relations externes, soit parce qu'étant âgés, ils se retirent ou sont exclus des lieux de rencontre. L'autre sous-groupe - celui des hommes qui ont effectué des tests à plusieurs reprises mais dont le dernier examen remonte à plus de 18 mois (n=174, soit 8% des testés séronégatifs) - se caractérise par un retrait, cette fois-ci semble-t-il volontaire, du marché des échanges sexuels. Plus fréquemment que les autres, ces hommes sont engagés dans une relation de couple exclusive et citent la fidélité comme stratégie de gestion du risque. Par ailleurs, dans ce groupe on constate une surreprésentation des hommes qui ont été chastes dans l'année.

Le second pôle est composé d'hommes dont le test est relativement récent (6 à 18 mois). Dans ce groupe, on distingue également deux sous-populations. Celle des hommes qui n'ont fait qu'une seule fois le test (n=246, soit 12% des testés séronégatifs) : ces

répondants sont plutôt jeunes et isolés. Plus souvent que les autres, ils taisent leur disposition homosexuelle ou sont en butte à une réprobation de leur entourage. L'autre sous-groupe est composé d'homo- et bisexuels qui se soumettent à un contrôle périodique (n=384, soit 18% des testés séronégatifs). Ce suivi régulier est caractéristique d'hommes proches de la mouvance militante homosexuelle qui ont, par ailleurs, une bonne insertion professionnelle et affective. Cette pratique répétée du test semble alors être intégrée dans un système d'auto-surveillance routinière de leur santé sexuelle. Ce contrôle régulier leur était familier en raison de leur passé très exposé aux MST.

Le troisième pôle est celui des hommes qui ont fait un test dans le semestre. Ici encore, deux sous-groupes peuvent être distingués. Le premier comprend des hommes qui viennent d'effectuer leur premier contrôle (n=240, soit 11% des testés séronégatifs). Il s'agit ici essentiellement des jeunes qui entrent dans la carrière sexuelle et commencent à profiter des possibilités de la drague homosexuelle. Le second sous-groupe, de loin le plus important numériquement (n=802, soit 38% des séronégatifs testés), est composé d'hommes qui confirment leur statut sérologique. Ces répondants se caractérisent par une fréquentation intense du marché des échanges sexuels et une insertion dans un réseau sexuel à forte prévalence du VIH : 30% d'entre eux déclarent des partenaires sexuels séropositifs et 12% un compagnon atteint par le VIH, contre respectivement 19% et 7% pour les autres répondants. Les hommes du second sous-groupe pratiquent la pénétration avec des partenaires occasionnels et se trouvent plus souvent que les autres en situation d'exposition au risque VIH, soit parce qu'ils se protègent irrégulièrement, soit parce qu'ils ont plus d'incidents d'usage du préservatif. Signe d'un mode de vie qui ne met pas à l'abri du risque, ces hommes plus fréquemment que les autres ont contracté une MST dans l'année (10% contre 5%). Selon nos observations, ce recours au test très récemment répété peut donc être considéré, pour une partie de ces hommes, comme une réponse à un mode de vie qui ne met pas à l'abri des situations d'exposition au risque de contamination par le VIH<sup>30</sup>.

Notre approche quantitative confirme, pour certains segments de la population étudiée, un recours compulsif au test. Nous disposons cependant d'informations trop fragmentaires pour intervenir dans le débat actuel qui a tendance à considérer ce contrôle répété comme dangereux dans la mesure où il aurait effet de réassurance qui entretiendrait le laxisme et inciterait à la prise de risque.

Ce panorama montre non seulement que les homo- et bisexuels masculins recourent au test de façons très différentes mais permet de mieux appréhender les facteurs qui induisent cette diversité de recours. Si, comme un modèle fondé sur la rationalité pouvait le laisser supposer, le degré de participation au marché des échanges sexuels et la prise de risque déterminent largement la pratique du test et sa fréquence, nous observons que l'acceptation de l'homosexualité entre également en jeu.

---

<sup>30</sup> Aux Pays-Bas comme en Grande-Bretagne, le nombre de répondants testés est faible et la pratique des tests répétés est encore minoritaire alors que cet examen est en passe de devenir un acte courant dans les autres pays. Ces particularités néerlandaise et britannique s'expliquent notamment par l'existence de fortes traditions d'éducation sanitaire et de prévention des MST dans ces deux pays.

## Conclusion

Les homo- et bisexuels de notre enquête ne se font pas d'illusions sur les garanties légales à propos du recours volontaire au test, de la confidentialité des résultats et des risques de discrimination en cas de séropositivité. Au cours de la période étudiée, leur confiance dans le climat social autour du test et de la maladie ne s'est que très légèrement améliorée. Au fil des ans, le travail du législateur, des autorités publiques et des associations n'a donc pas réellement apaisé leur inquiétude. Comme le suggérait M. Pollak à propos des personnes atteintes, ils se pourrait que, "*se référant à des conjonctures historiques d'intolérance à l'égard des homosexuels, beaucoup de sujets ne prêtent confiance ni au secret médical ni aux déclarations politiques apaisantes*" (Pollak, 1988). Cette attitude semble pouvoir être généralisée à l'ensemble des répondants de l'enquête qui rejettent de façon unanime toute idée d'intervention coercitive pour contenir l'épidémie.

En dépit de ces inquiétudes, les homo- et bisexuels masculins ont progressivement intégré le recours au test. Avant même qu'une véritable politique sanitaire n'ait été instaurée, le dépistage a d'abord été le fait des homosexuels proches du "ghetto" habitués à composer avec les maladies vénériennes et confrontés aux premiers cas de sida. Dans un second temps, ce sont les classes moyennes supérieures qui ont recours au test. Ces premières adaptations sont ensuite renforcées par une politique d'incitation au test développée par les associations et les pouvoirs publics. Le recours au test se diffuse dès lors massivement parmi l'ensemble de la population homo- et bisexuelle masculine : aujourd'hui, plus de 80% des répondants sont testés. La France est donc parmi les huit pays de l'enquête européenne<sup>31</sup> celui dans lequel la pratique du test est la plus importante. Il apparaît également que la pratique du test varie très fortement selon les pays. On doit voir dans ce phénomène l'influence des cultures nationales et des différentes politiques sanitaires (Pollak, 1991). Alors que le test est encouragé en France, il est fortement déconseillé aux Pays-Bas par les autorités gouvernementales et les organisations gaies; en Grande-Bretagne, la demande pour un test est une décision personnelle "*qu'il ne s'agit ni d'encourager ni d'interdire, mais d'éclairer ... avec la conviction publiquement affichée que le counselling sans test est nettement préférable au test sans counselling*" (Setbon, 1993). Les résultats de l'enquête européenne reflètent ces différentes conceptions de la politique de dépistage.

Tableau 3 : Pratique du test de dépistage au VIH en 1991 dans huit pays européens<sup>32</sup>

	DK	NL	Do	De	A	CH	GB	F	I
pas de test	24%	65%	36%	60%	31%	28%	53%	21%	40%
une fois	26%	17%	23%	17%	25%	25%	27%	26%	58%
plus d'une fois	49%	16%	40%	22%	42%	47%	17%	53%	*

<sup>31</sup> L'intégration de l'enquête française dans le projet d'étude européen (Bochow *et al.*, 1994) nous permet de mettre en perspective l'usage du test des homo- et bisexuels français avec d'autres usages du test dans des contextes sanitaires différents.

<sup>32</sup> Allemagne de l'Ouest (Do) et de l'Est (De), Autriche (A), le Danemark (DK), France (F), Grande-Bretagne (GB), Italie (I), Pays-Bas (NL) et Suisse (CH).

Ce tableau met en évidence l'influence des cultures nationales et des politiques sanitaires sur la diffusion du test. Dans les pays, comme la France, la Suisse et le Danemark, où les autorités politiques et les communautés se sont prononcées en faveur du test sur la base du volontariat et de la confidentialité, les homosexuels sont nombreux à pratiquer le test ; ils sont bien plus rares en Allemagne de l'Est, en Italie, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne. A la date de l'enquête, dans les deux premiers pays, les conditions d'acceptation de l'homosexualité et de confiance dans le secret médical pouvaient décourager les candidats au test, tandis qu'aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne, la réticence à l'égard d'une politique massive de recours au test venait plutôt des organisations communautaires. L'analyse de la diffusion du test parmi les gais ne peut donc méconnaître l'influence des diverses cultures nationales.

Dans cet article, nous avons cependant tenté de mieux comprendre les facteurs qui pouvaient influencer la pratique des répondants français. Lorsqu'on analyse l'accès au test, il apparaît que l'influence de la position sociale des individus a progressivement perdu son importance. Si le test est très répandu, il peut s'effectuer selon des modalités très diverses. Si les acteurs de la prévention ont tendance à focaliser leur attention sur les pratiques de test aberrantes, il nous est au contraire apparu que les hommes agissaient avec une certaine rationalité. En effet, la modalité de recours au test est bien conditionnée par le degré de fréquentation du marché des échanges sexuels et le maintien de pratiques à risque. Les répondants dont le test est ancien sont relativement en marge du marché des rencontres occasionnelles. Au contraire, les hommes qui ont une activité sexuelle intense ont un recours plus fréquent au test. Certains vérifient leur statut de façon régulière. Il s'agit là d'hommes qui, non seulement bénéficient d'une bonne insertion professionnelle et affective, mais qui ont pu intégrer la pratique du test périodique du fait de leur habitude antérieure à surveiller et à gérer leurs MST. Cette façon d'intégrer le test dans une surveillance routinière de sa santé sexuelle montre qu'il est possible d'associer la prévention des MST et du sida sans que se crée nécessairement une confusion préjudiciable à l'efficacité de l'action<sup>33</sup>. La prévention doit, par ailleurs, se préoccuper du dépistage pratiqué dans l'urgence par un nombre important d'homo- et bisexuels masculins. Pour une grande partie des hommes qui ont répété le test dans le semestre qui précède l'enquête, il semble en effet que le dépistage constitue avant tout un moyen de gérer une anxiété. Il ne s'agit pas ici d'une menace abstraite, ces répondants participent en effet de façon intense au marché des échanges sexuels et déclarent, plus souvent que les autres, des situations de prises de risque, liées ou non à des incidents de préservatifs. Ces observations attestent donc de la nécessité et de l'urgence qu'il y a à introduire une dimension de médecine sociale et de *counselling* préventif dans les lieux de dépistage où les actes médicaux sont trop souvent réduits à leur seul aspect technique. En effet, si le recours au test après une prise de risque apparaît comme justifié, l'ampleur de cette pratique atteste aujourd'hui de la nécessité suivante : intervenir en amont afin d'aider les hommes qui utilisent le test de façon compulsive à adopter les comportements préventifs permettant d'éviter les prises de

---

<sup>33</sup> Un des premiers documents d'orientation de la politique publique de prévention du sida, élaboré par la SOFRES (1987), recommande fermement de dissocier la prévention du sida et des MST. On peut ainsi lire : “*Sida et MST : une confusion à éviter*” (p. VIII).

risque. L'intérêt stratégique de la mise en place par les Dispensaires anti-vénériens (DAV) d'une politique de prévention méthodique apparaît dès lors de façon évidente. Malgré leur part relativement modeste en volume d'activité, les CIDAG restent des lieux essentiels dans le dispositif en raison de leur gratuité et, surtout de la garantie d'anonymat qu'ils offrent (Cavalier-Alzoubi, 1990). Nos observations tendent en effet à confirmer que la peur de voir porter au grand jour l'homosexualité reste encore aujourd'hui un motif décisif pour ne pas faire le test.

## Bibliographie

Adam Ph., Herzlich C. (1994) : *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris, Nathan Université (Sociologie 128).

Cavalier-Alzoubi A. (1990) : 'Activité des Centres de Dépistage Anonyme et Gratuits'. in *La vie au temps du VIH*. Compte rendu du colloque Santé Mentale et sida, Association Didier Seux, 27 mai 1989. Lyon, Edition Fondation Marcel Mérieux.

Bochow M., Chiarotti F., Davies P., Dubois-Arber F., Dür W., Fouchard J., Gruet F., McManus T., Markert S., Sandfort T., Sasse H., Schiltz M.-A., Tielman R., Wasserfallen F. (1994): 'Sexual Behaviour of Gay and Bisexual men in Eight European Countries'. *AIDS CARE*, 6(5): 533-549.

BEH (1987) : 'Le dépistage des anticorps anti-HIV dans les établissements de transfusion sanguine (Résultats des trois premiers trimestres de 1986)'. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 7: 25.

Bozon M. (1993) : 'L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites'. *Population*, 48(5): 1317-1352 (Sexualité et sciences sociales).

Meyer L., Couturier E., Brossard Y. et le groupe PREVADAV (1992) : 'Prévalence de l'infection VIH chez les patients consultants pour suspicion de MST : Une enquête anonyme non corrélée : PREDAVAV'. *Bulletin d'Epidémiologie Hebdomadaire*, 9: 37- 41.

Moatti J.-P., Dab W., Pollak M. et le groupe KABP (1990) : 'Les attitudes et comportements des Français face au sida'. *La Recherche*, 21(223): 888-896.

Moatti J.-P., Dab W., Pollak M. et le groupe KABP (1992) : 'Les Français et le sida'. *La Recherche*, 23 (247): 1202-1211.

Pelé G. (1994) : *Evaluation du Petit Livre " Saut d'Homme "*. Paris, Agence Française de Lutte contre le Sida.

Pollak M. (1988) : *Les Homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*. Paris, Ed. Métailié.

Pollak M. (1991) : *AIDS Prevention for Men Having Sex with Men. Final Report (Assessing Aids prevention. EC concerted action on assesement of AIDS/HIV preventive strategies)*. Lausanne, Institut de Médecine Sociale et Préventive, Cah.Rech.Doc IUMSP 75: 75.

Pollak M., Moatti J.-P. (1990) : 'HIV Risk Perception and Determinants of Sexual Behaviour' in *Sexual Behaviour and Risk of HIV Infection*, (Ed.) Hubert M., Proceedings of an International Workshop supported by the European Communities: 17-44.

Pollak M., Schiltz M.-A (1991) : *Six années d'enquêtes sur les homo- et bisexuels masculins face au sida. Livre des données*, Paris, Groupe de Sociologie Morale et Politique, Rapport de fin de contrat ANRS

Schiltz M.-A. (1993) : *Les homosexuels face au sida : Enquêtes 1991-1992*. Paris, Centre d'Analyse et de Mathématiques Sociales - CNRS, Rapport de fin de contrat à l'ANRS.

Setbon, M. (1993) : *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage: décisions et pratiques en France , Grande-Bretagne et Suède*. Paris, Ed. du Seuil (Sociologie).

SOFRES (mars 1987) *CFES : Définition d'une stratégie de communication sur le sida et les maladies sexuellement transmissibles. Etude psychologique*. Paris, document interne.

Touillet D. (1992) : 'La guerre des tranchées des compagnies d'assurances'. *Le Journal du sida*, 38-39: 44-48.

Vaincre le sida (VLS) (1987) : *Sida : Prévention, dépistage " ce qu'il faut savoir "*. Eté 1987.



## Chapitre 3 - Variabilité de la conscience du risque selon les stratégies déclarées d'adaptation au sida

### Introduction

Depuis l'apparition du sida, les homo- et bisexuels masculins de notre enquête ont considérablement modifié leurs comportements sexuels afin de réduire le risque de contamination. En 1993, plus de 70% des répondants utilisent le préservatif et plus de 80% d'entre eux déclarent pratiquer le *safer sex* (Schiltz, 1993). Malgré ce résultat encourageant, une minorité non négligeable de répondants déclare encore des pénétrations anales non protégées avec des partenaires de rencontre de statut sérologique inconnu. Cet article vise, dans un premier temps, à faire un bilan de ces prises de risque parmi les homo- et bisexuels masculins. Après avoir étudié les comportements, nous chercherons à les mettre en parallèle avec les représentations. Nous nous proposons d'étudier ensuite la façon dont ces hommes auto-évaluent leurs prises de risque.

Les recherches en sciences sociales se sont d'abord focalisées sur l'existence de phénomènes de mise à distance ou de déni du risque (Zonabenb, 1989 ; Douglas, Calvez, 1990 ; Calvez, 1992). Certains travaux ont parfois décrit l'existence de " mythes " de protection, comme celui qui consiste à penser pouvoir éviter à coup sûr le risque en choisissant ses partenaires sexuels selon leur apparence physique (Mendes-Leite, 1992). A partir de telles descriptions, s'est imposée l'idée selon laquelle les hommes - peu favorisés socialement ou aux confins du monde gai - qui se réfèrent à des stratégies aberrantes d'un point de vue épidémiologique seraient dupés par ces stratégies et auraient tous tendance à sous-estimer le risque. A l'inverse, illustrant un modèle de rationalité parfaite les hommes qui se réfèrent à des stratégies réputées efficaces rendraient tous compte de leurs prises de risque de façon neutre et objective. De tels présupposés nous semblent être trop catégoriques et méritent d'être vérifiés de façon plus systématique. Pour ce faire, nous avons sélectionné une population d'homo- et bisexuels masculins ayant pris des risques objectifs en pratiquant des pénétrations non protégées avec des partenaires de rencontre. Nous examinons dès lors si, selon leur stratégie de gestion du risque, ils ont plutôt tendance à sous-déclarer ou à surdéclarer leurs prises de risque. Ce procédé nous permet d'aborder la question de la variabilité de la perception du risque selon les stratégies auxquelles les individus se réfèrent.

### *Méthode*

Depuis 1985, des investigations quantitatives annuelles ont été menées par questionnaires encartés dans la presse gaie Française, questionnaires que les lecteurs devaient nous renvoyer par courrier (Pollak et Schiltz, 1991). L'analyse présentée ici s'appuie sur les observations statistiques des enquêtes 1991 et 1993 auxquelles ont participé respectivement 2000 et 3300 homo- et bisexuels masculins (Schiltz, 1993). Par rapport aux célibataires masculins de la même tranche d'âge que l'on connaît à partir du recensement national, nos échantillons sous-représentent les classes populaires à faible niveau de diplômes et surreprésentent les cadres supérieurs disposant d'un diplôme supérieur. En ce

qui concerne la répartition géographique, la région parisienne est légèrement surreprésentée ainsi que les lieux de résidence de moins de 20 000 habitants. L'âge au premier rapport sexuel dans notre échantillon et celui de la population masculine de l'enquête Analyse des Comportements Sexuels en France (ACSF) menée en population générale (Bozon, 1993), sont, quant à eux, tout à fait comparables pour les générations intermédiaires (25-45 ans). En revanche, on note une précocité sexuelle de nos enquêtés les plus jeunes et les plus âgés. D'autres indicateurs peuvent également être pris en compte pour évaluer la représentativité de notre échantillon et ses limites. Ainsi, le faible taux d'engagement dans les associations gaies et de lutte contre le sida atteste que notre échantillon ne se réduit pas à un noyau de militants. Globalement notre enquête permet de rendre compte des comportements des hommes les plus actifs (du point de vue de leur activité professionnelle, sociale et sexuelle) mais aussi, grâce à l'importance des échantillons, des pratiques et des attitudes des hommes bisexuels, réputés comme étant plus difficiles à atteindre par voie d'enquête.

Le questionnaire est structuré par le fait que notre recherche porte sur la sexualité tout en étant très orientée par le risque lié au sida. A côté des questions habituelles sur les caractéristiques socio-démographiques des individus (âge, statut matrimonial, lieu de résidence, profession, niveau d'études, etc.), d'autres questions appréhendent leur engagement dans une sociabilité plutôt homosexuelle ou plutôt hétérosexuelle. L'activité sexuelle se trouve au centre de l'interrogation puisque le questionnaire a pour objectif principal de repérer les changements induits par l'épidémie de sida dans ce domaine et puisqu'il s'agit d'établir une typologie des diverses stratégies de gestion du risque. Les prises de risques sont également appréhendées. Une batterie de questions nous permet de connaître les pratiques sexuelles des répondants, tant avec leur partenaire stable qu'avec leurs partenaires occasionnels et, pour chaque pratique et chaque partenaire, le niveau adopté de protection. Ces informations interprétées à la lumière des critères de l'épidémiologie nous fournissent des indications sur les pratiques à risque des individus. Par ailleurs, une question permet au répondant de nous dire si, oui ou non, il considère avoir pris des risques. Nous cherchons ainsi à savoir si les individus ont tendance à surdéclarer ou à sous-déclarer leurs prises de risques.

Avant même de nous intéresser à la perception du risque, nous présenterons un panorama des différentes stratégies d'adaptation des comportements sexuels à l'épidémie.

### **1. Diversité des stratégies d'adaptation à l'épidémie**

La grande majorité des répondants déclare avoir adapté ses comportements sexuels à l'existence du sida. Seul un petit nombre d'homo- et bisexuels masculins de notre enquête (3,8% en 1993) maintiennent des comportements à risque parce qu'ils n'ont pas modifié leur sexualité. Les adaptations à l'épidémie prennent des formes complexes et ne peuvent être réduites ni à l'adoption du préservatif, ni à la mise en place systématique des préceptes du *safer sex* (protection ou abandon des pratiques à risque). Sans prétendre rendre compte de l'intégralité des dispositifs de gestion du risque mis en place, notre enquête permet d'en

cerner les pôles principaux. Trois grands types de stratégies, dont l'efficacité est inégale d'un point de vue épidémiologique, peuvent ainsi être distingués à partir de nos résultats.

Certains hommes pensent pouvoir conjurer le risque en diminuant les situations d'exposition au risque. Ils réduisent le nombre de leurs partenaires, les choisissent sur leur apparence ; ils peuvent également éviter certains lieux de drague réputés à risque. Ces lignes de conduites seront désignées par le terme générique de “ stratégie de sélection ” (Strat.1).

Au cours des années, le couple est également apparu comme le pivot de certaines stratégies de gestion du risque (Strat.2). Certains répondants déclarent en effet un engagement de fidélité envers leur partenaire stable. D'autres, vivant en couple ouvert, n'ont pas renoncé aux rencontres occasionnelles : ils ont cependant décidé de se protéger uniquement avec leurs partenaires de rencontre, tout en ayant une sexualité non protégée avec leur compagnon stable.

Enfin, un troisième groupe d'homosexuels a repris les consignes diffusées par les messages de prévention et a opté pour le *safer sex* (Strat.3), c'est-à-dire la protection systématique de l'acte sexuel ou l'abandon de la pénétration.

Présentées ainsi, ces différentes stratégies apparaissent comme étant autonomes. Or ce n'est pas toujours le cas ; en effet, les enquêtés déclarent souvent une ligne de conduite qui associe des éléments appartenant à différentes stratégies<sup>34</sup>. Face à ces multiples stratégies d'évitements de l'épidémie, nous avons procédé à une hiérarchisation entre les pratiques. Ainsi, par construction, les stratégies détaillées précédemment sont inclusives (Strat.3 peut inclure Strat.2 qui peut inclure Strat.1) : un homme qui pratique à la fois le *safer sex* et la sélection des partenaires est classé dans le groupe des individus qui se réfèrent au *safer sex*. Notre hiérarchisation tient donc compte de l'efficacité officiellement accordée en France à chacune des adaptations au risque.

A partir de cette typologie, on peut évaluer le succès de ces différentes options auprès des homo- et bisexuels masculins. Il apparaît que la grande majorité des hommes (72,9% en 1993) a opté pour le *safer sex*<sup>35</sup>. L'abandon de la pénétration reste cependant une option minoritaire et la protection des pratiques prédomine. La stratégie fondée sur le couple a, quant à elle, été adoptée par 13,6% des homosexuels en 1993. Plus précisément, 7,3% des répondants (soit 240 personnes) se déclarent fidèles alors que 6,2% des répondants (soit 204 personnes vivant en couple ouvert), ont adopté une stratégie de protection uniquement avec les partenaires occasionnels. Enfin, malgré les campagnes de prévention, une minorité d'hommes (8,1%) se limite à sélectionner les partenaires et les lieux réputés à risque.<sup>36</sup>

---

<sup>34</sup> On peut en donner comme exemple le fait qu'en 1993, 8,0% des répondants de l'enquête utilisent à la fois le *safer sex*, une stratégie de couple et la sélection des partenaires ; 29,1% des répondants utilisent à la fois le *safer sex* et la sélection des partenaires ; 5,9% des hommes de l'échantillon utilisent à la fois la stratégie de couple et la sélection des partenaires.

<sup>35</sup> Le pourcentage des individus qui se réfèrent uniquement au *safer sex* (sans utiliser d'autres stratégies comme la sélection ou la stratégie de couple) est cependant plus réduit : 29,6% en 1993.

<sup>36</sup> Au sein de la population hétérosexuelle française, la sélection des partenaires constitue la principale modalité de gestion du risque de contamination (Spira, Bajos et le groupe ACSF, 1993). Bien qu'en

Entre 1991 et 1993, nous observons une évolution significative de la part respective de ces différentes stratégies. Les individus qui ne déclarent aucune stratégie et qui, de ce fait, maintiennent les prises de risque sont en diminution (de 11% en 1991 à 6% en 1993). Au contraire, nous observons sur la période une augmentation importante de la part des stratégies de couple (qui passe de 10% à 14% sur la période).

## **2. L'évaluation des risques encourus : les critères de l'épidémiologie et la subjectivité des répondants**

Ayant choisi de nous limiter à l'étude des rencontres occasionnelles, nous avons procédé de deux façons différentes pour repérer les expositions au risque qui surviennent dans ce contexte<sup>37</sup>. La première se fonde sur des indicateurs factuels fournis par les descriptions détaillées données par les répondants sur les pratiques qu'ils ont avec leurs partenaires de rencontre. La seconde, plus subjective, est laissée à l'appréciation des individus : elle prend en compte l'auto-évaluation, effectuée par les répondants, de leurs prises de risques éventuelles. Nous présenterons successivement les résultats obtenus à l'aide de chacun de ces deux indicateurs.

Le premier indicateur que nous utilisons résulte d'un classement des individus dans une "zone à risque" que nous effectuons à partir de recoupements entre les renseignements factuels que les individus nous donnent sur leurs pratiques sexuelles et leur degré de protection. Chaque fois qu'une question nous permet de déceler une pratique de pénétration anale non systématiquement protégée avec un partenaire de rencontre, nous avons considéré que le répondant avait pris un risque objectif. En effet, dans le contexte d'échanges sexuels avec des partenaires occasionnels, les hommes ne peuvent se prévaloir d'aucune connaissance fiable concernant le statut sérologique de leur partenaire. A partir de ce premier indicateur, il apparaît que 21,3% en 1991 et 17,5% en 1993 des répondants qui ont une sexualité avec des partenaires de rencontre continuent à s'exposer à un risque majeur. Parmi ce contingent, on peut distinguer deux groupes. 1)- Le premier est composé des hommes qui n'ont pas de stratégie de gestion du risque ou qui sélectionnent leurs partenaires et qui, dans les deux cas, déclarent, par ailleurs, des pénétrations non systématiquement protégées. 2)- Le second groupe rassemble les hommes qui n'appliquent pas systématiquement les stratégies de couple ou de *safer sex* qu'ils déclarent<sup>38</sup>. Cette évaluation d'un risque objectif se fonde sur la connaissance que nous avons des pratiques

---

population générale, la prévalence du VIH soit beaucoup plus faible qu'en population homosexuelle (17% de nos répondants sont séropositifs ou malades), la part réduite des individus qui, dans notre enquête, se réfèrent uniquement à la sélection des partenaires atteste de l'ampleur de l'adaptation au risque des homosexuels.

<sup>37</sup> Nous savons que les prises de risque à l'intérieur du couple stable existent également. Nos observations indiquent que 10,2% des répondants en 1991 et 9,2% en 1993 déclarent avoir pratiqué au moins "une pénétration non protégée avec un partenaire stable de statut sérologique inconnu ou différent du leur". Ce problème ne fait cependant pas l'objet du présent article.

<sup>38</sup> Ainsi 5% des individus qui se déclarent fidèles pratiquent la pénétration occasionnellement ou jamais protégée avec des partenaires de rencontre. Ce taux est de 10% parmi ceux qui se réfèrent au *safer sex*. Il est de 18% pour les hommes qui déclarent se protéger non pas avec leur partenaire stable mais uniquement à l'extérieur du couple

de notre population : une des caractéristiques du questionnaire est en effet d'inciter les répondants à des descriptions très pragmatiques et détaillées de leur activité sexuelle.

Le second indicateur de risque retenu fait au contraire appel à l'avis des répondants. Nous leur avons en effet demandé de déclarer s'ils avaient pratiqué au moins une fois dans l'année une pénétration anale non protégée avec un partenaire de rencontre de statut sérologique inconnu. Le problème était donc abordé de façon très directe et la réponse laissée à l'appréciation des répondants. Il est apparu que 16,6% d'entre eux en 1991 et 14,6% en 1993 déclaraient avoir encouru un tel risque.

Si l'on compare les deux résultats obtenus, pour 1991 et pour 1993, on note qu'ils ne se recourent pas exactement.

**Tableau 1** : Evaluation des risques selon les critères de l'épidémiologie ou selon la subjectivité du répondant.

	Premier indicateur de risque :	Deuxième indicateur de risque :
Critères : avec des partenaires occasionnels	Le répondant pratique la pénétration sans la protéger systématiquement	Le répondant déclare dans l'année au moins une pénétration non protégée avec un partenaire de rencontre
1991	21,3%	16,6%
1993	17,5%	14,6%

Les taux de " pénétrations à risque " déclarés par les enquêtés sont plus faibles que ce que laissait supposer notre connaissance détaillée de leurs pratiques avec leurs partenaires de rencontre : ainsi, toutes les pénétrations non protégées avec des partenaires de rencontre ne sont pas considérées, par les répondants, comme étant à risque. Il semble donc qu'en répondant à la question qui leur était posée : "*Ces douze derniers mois, avez-vous pratiqué au moins une fois une pénétration anale non protégée avec un partenaire (occasionnel) dont vous ne connaissiez pas le statut sérologique ou qui était d'un statut sérologique différent du vôtre ?* ", les enquêtés n'ont pas simplement rendu compte, de façon neutre et objective, de leurs pénétrations non protégées. Ils ont au contraire donné des réponses plus subjectives.

Il apparaît que le décalage entre, d'une part, les estimations de risque fondées sur la protection non systématique de la pénétration et, d'autre part, les déclarations de risque des homo- et bisexuels de l'enquête varie encore plus fortement lorsqu'on s'intéresse aux déclarations de certains groupes d'homosexuels<sup>39</sup>. Ainsi, tous les hommes interrogés ne semblent pas avoir le même degré de conscience du risque. En cherchant à mieux

<sup>39</sup> Quelle que soit la stratégie de gestion du risque déclarée ou le statut sérologique des personnes, on constate que l'estimation du risque (que l'on nomme objectif) obtenue à partir de la batterie de questions détaillées des pratiques sexuelles et de leur protection est toujours supérieure à celle que l'on obtient lorsqu'on demande au répondant de nous indiquer globalement s'il a pratiqué au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel. Cette discordance est bien connue des statisticiens : une pratique est toujours mieux documentée à travers une batterie de questions détaillées. Ce phénomène ne remet pas en cause notre analyse, puisque nous nous intéressons à la variabilité des discordances entre les déclarations obtenues à travers ces deux types de questions. On constatera ultérieurement que ces taux " d'incohérence " sont minimum parmi les séropositifs.

comprendre les facteurs qui pouvaient induire ces différences dans la perception du risque, il nous est apparu que les stratégies déclarées par les individus pouvaient jouer un rôle déterminant. Ce point mérite donc d'être désormais étudié.

### **3. Variabilité de la conscience du risque selon les stratégies d'adaptation déclarées**

Notre hypothèse de départ est donc que le niveau de perception du risque des homosexuels varie en fonction des stratégies d'adaptation à l'épidémie auxquelles ils se réfèrent. Pour déterminer si les hommes de notre enquête ont tendance à surdéclarer ou à sous-déclarer le risque de contamination auquel ils s'exposent, nous avons procédé de deux façons différentes. En retenant une population qui s'expose à un niveau de risque comparable, nous pouvons déterminer si ces hommes ont une perception du risque identique ou bien variable (section 3.A). En les plaçant au contraire dans des situations d'exposition au risque graduelles, on peut évaluer si leur estimation du risque suit la hiérarchisation officielle de l'épidémiologie, c'est-à-dire si une plus forte exposition objective au risque induit automatiquement une plus forte déclaration de risque (section 3.B.). Nous allons désormais procéder successivement à ces deux types d'observations.

#### ***3. A. Niveau d'exposition au risque comparable et variabilité de la conscience du risque selon les stratégies déclarées***

Pour procéder à la première étude, il faut sélectionner des répondants qui, bien qu'ayant opté pour des stratégies différentes, sont placés dans des situations d'exposition au risque rendues par construction comparables. Pour ce faire, nous avons éliminé les homosexuels qui ont considérablement réduit leur exposition objective au risque, c'est-à-dire ceux qui sont asexuels, ceux qui ne pratiquent pas la pénétration ou qui la protègent systématiquement, enfin nous avons exclus les hommes en couple déclarant un seul partenaire dans l'année, c'est-à-dire les hommes fidèles sur la période<sup>40</sup>. Les homosexuels retenus pour l'analyse qui suit (n=573 sur un effectif total de 2670 répondants actifs sexuellement hors du cadre de l'exclusivité conjugale, soit 23% des personnes concernées) pratiquent donc tous la pénétration "irrégulièrement" ou "jamais protégée" avec des partenaires occasionnels. Ils s'exposent ainsi à un risque majeur et si certains d'entre eux déclarent, par ailleurs, une stratégie de "responsabilité partagée" ou une stratégie "protectionniste" (i.e. strat.3), ils ne l'appliquent pas à la lettre.

Etant donné que ces personnes pratiquent toutes la pénétration non systématiquement protégée avec des partenaires de rencontre, si les individus appliquaient à la lettre les critères de l'évaluation épidémiologique des risques, la "quasi totalité" de ces personnes<sup>41</sup> devraient déclarer avoir pratiqué au moins une pénétration anale non protégée avec un partenaire occasionnel. Or, nos observations montrent que des écarts significatifs de déclaration apparaissent entre les individus qui n'indiquent pas de stratégie de gestion du risque et ceux qui se réfèrent à certaines d'entre elles.

---

<sup>40</sup> Dans la mesure où nous nous intéressons aux rencontres occasionnelles, les "asexuels" ainsi que les individus vivant en couple et déclarant un seul partenaire dans l'année sont exclus de l'analyse pour tout le reste de ce chapitre.

<sup>41</sup> A la réserve près signalée en note 39.

**Tableau 2** : Taux de déclaration, selon la stratégie dominante, d'au moins une pénétration non protégée avec un partenaire occasionnel de statut sérologique inconnu ou différent parmi les répondants qui pratiquent la pénétration avec des partenaires occasionnels sans se protéger systématiquement (enquête 1993).

Déclaration d'une pénétration non protégée selon les stratégies déclarées :	non	oui	Effectifs
-pas de stratégie	30.2%	<b>69.8%</b>	(53)
-sélection	33.3%	<b>66.7%</b>	(75)
-couple	<b>70.2%</b>	29.8%	(47)
- <i>safer sex</i>	47.5%	52.5%	(221)
<i>Effectifs</i>	(179)	(220)	

Nous savons qu'avec l'augmentation du nombre de partenaires, les expositions au risque s'accroissent (Schiltz, 1993). On remarque pourtant que la variabilité des taux de déclaration mise en évidence dans le tableau précédent n'est pas simplement un effet induit par le nombre de partenaires des différents groupes d'individus. En effet, bien qu'ayant, en règle générale, moins de partenaires que les adeptes du *safer sex*, les hommes qui suivent une stratégie de sélection déclarent plus de risques qu'eux. De plus, il apparaît que si, pour chaque stratégie, les taux de déclaration de risque croissent effectivement en fonction du nombre de partenaires, les différences constatées au niveau global se maintiennent. En effet, à niveau de partenaires égal, c'est toujours les stratégies de couple qui ont le taux de déclaration de risque le plus faible et la stratégie de sélection qui a les taux les plus forts. La stratégie de *safer sex* occupe quant à elle une place intermédiaire.

Pour interpréter les variations des différents taux figurant dans le tableau 2, nous utilisons comme référence le taux de déclaration de "pénétration(s) à risque" du groupe des individus qui ne déclarent pas de stratégie en dépit des risques qu'ils connaissent<sup>42</sup> (i.e. 69,8%). A partir de cette référence, nous observons que, pour la population sélectionnée, les individus adeptes du *safer sex* et ceux qui ont adopté une stratégie de responsabilité partagée au sein du couple sous-déclarent le risque (leurs taux étant respectivement de 52,5% et 29,8%). Cette dernière stratégie est celle qui entraîne la plus forte minimisation du risque. Bien que les effectifs deviennent très réduits lorsque l'on tente de distinguer entre elles les deux modalités possibles de la stratégie de couple, il semble que la stratégie fondée sur l'engagement de fidélité conduise à une plus forte sous-déclaration du risque que la stratégie d'engagement de protection uniquement hors du couple stable.

Ainsi, pour certains hommes, le fait de se référer à des stratégies de couple ou même de *safer sex*, pourtant non appliquées à la lettre, joue le rôle de véritable "mythe" de protection dans la mesure où il conduit à minimiser le risque. Il apparaît donc que, si la valorisation normative du *safer sex* parmi les homosexuels contribue fortement à imposer un modèle de relations plus *safe*, elle peut cependant, tout comme la référence à la fidélité, entraîner des effets négatifs en rassurant outre mesure des individus qui, à l'évidence, prennent des risques.

<sup>42</sup> Ce groupe est composé des personnes qui, pour caractériser leur ligne de conduite face au sida, ont répondu "j'ai décidé de ne pas changer ma sexualité, même si je prends des risques".

Quant aux déclarations de risque des hommes qui, en 1993, sélectionnent leurs partenaires, elles ne se distinguent en rien de celles des répondants qui n'ont pas changé leur sexualité en dépit des risques qu'ils peuvent prendre (66,7% contre 69,8%). Ainsi, alors même que les sciences sociales avaient pris l'habitude d'alerter sur le fait que certains individus mettaient en place des stratégies de gestion du risque aberrantes du point de vue épidémiologique tout en étant, par ailleurs, totalement persuadés de leur efficacité, cette caractéristique ne semble pas s'appliquer au cas des personnes qui, en 1993, sélectionnent leurs partenaires et les lieux de drague. Ce résultat marque une évolution par rapport à nos observations de 1991. En effet, à cette date et à niveau d'exposition au risque comparable, les hommes " sélectionnistes " sous-déclaraient le risque de façon significative : alors que 73,2% des répondants ne déclarant pas de stratégie rendaient compte d'au moins une pénétration à risque, ce taux chutait à 59,1% lorsque les individus se référaient à une stratégie de sélection (Schiltz, 1993). Il s'agit donc de savoir si la modification constatée en 1993 pour la seule stratégie de sélection est un artefact de nos observations ou si cette différence constatée traduit une évolution dans la crédibilité accordée à cette stratégie.

Plusieurs éléments incitent à penser que la stratégie de sélection a connu une perte de crédibilité au cours des dernières années. Ce phénomène apparaît de façon plus ou moins accentuée dans divers groupes de répondants. Outre le groupe des hommes qui n'ont pas d'autre stratégie que le fait de sélectionner leurs partenaires, on sait que de nombreux hommes déclarant des stratégies de couple ou pratiquant le *safer sex* sélectionnent également leurs partenaires et évitent certains lieux, etc. Dans le tableau suivant, on peut repérer pour chacun de ces groupes, l'évolution dans le temps de la part des hommes qui recourent aux diverses composantes de la stratégie de sélection, c'est-à-dire la diminution du nombre de partenaires, le choix des partenaires ou encore le fait d'éviter certains lieux de drague.

**Tableau 3**<sup>43</sup>: L'évolution de l'importance des options de sélection dans les différentes stratégies de gestion du risque.

	1991 (n=1994)			1993 (n=3275)		
	<i>Stratégies de base</i>			<i>Stratégies de base</i>		
	sélect	coupl	saf sex	sélect	coupl	saf sex
<i>Composantes de la stratégie de sélection :</i>						
-diminuer nombre de partenaires	54.8	55.7	46.5	41.7	21.4	21.0
-choisir ses partenaires	49.4	28.4	40.0	42.9	12.6	18.0
-renoncer à certains lieux de drague	31.5	34.9	24.5	22.9	12.4	13.5

Le tableau précédent montre que le recours aux différentes modalités de la stratégie de sélection diminue et ce, pour tous les groupes de répondants. En 1991, 31,5% des personnes qui déclarent une stratégie de sélection avaient renoncé à fréquenter certains lieux de drague. Ce taux a diminué puisqu'il est de 22,9% en 1993. La même baisse se retrouve parmi les répondants qui ont adopté une stratégie de couple (34,9% en 91 contre 12,4% en 93) ou encore une stratégie de *safer sex* (24,5% en 91 contre 13,5% en 93). Cette diminution se retrouve pour les deux autres items composant la stratégie de sélection, à savoir diminuer le nombre des partenaires ou les choisir. On note cependant que cette

<sup>43</sup> Ensemble des hommes des enquêtes 1991 et 1993.



baisse est plus forte parmi les hommes qui, par ailleurs, se réfèrent au couple ou au *safer sex* comme stratégies de base. Ainsi, alors que 40,0% des adeptes du *safer sex* choisissaient, par ailleurs, leurs partenaires en 1991, ce taux est de 18,0% en 1993. A partir de ce constat, nous pouvons faire l'hypothèse selon laquelle la sélection des partenaires ou des lieux de drague a perdu de sa crédibilité auprès des hommes qui savent a priori comment gérer le risque.

L'hypothèse selon laquelle cette perte de crédibilité serait également repérable chez les hommes qui n'ont pas d'autre stratégie que la sélection (i.e “ les sélectionnistes purs ”) mérite toute notre attention. En effet, alors que ces répondants fondent leur système de protection sur l'évitement des partenaires atteints par le VIH, ils sont plus nombreux que les autres (24,4% contre 16,1%) à vouloir obtenir des informations leur permettant de reconnaître un séropositif. Cette forte demande traduit un certain malaise chez des hommes qui, tout en cherchant à gérer l'épidémie en évitant les séropositifs, n'ont pas confiance en leurs propres critères de reconnaissance. Loin d'être insouciant face au risque qu'ils encourent, comme l'attestent nos premières observations (tableau 2), les hommes “ sélectionnistes purs ” - caractérisés par de faibles ressources sociales et cumulant des marginalités par rapport au monde social homosexuel - maintiennent plutôt cette stratégie par incapacité à gérer autrement le risque. Comme nous allons le voir à présent, on retrouve un phénomène similaire lorsqu'on étudie le cas des hommes qui, bien que continuant à s'exposer au risque, n'utilisent qu'occasionnellement le préservatif : en effet, ces hommes font preuve d'une sensibilité au risque plus forte que celle des autres homosexuels.

### ***3. B. Variabilité de la conscience du risque selon la protection plus ou moins systématique de la pénétration***

Dans les pages précédentes, nous avons observé que les individus placés dans des situations d'exposition au risque comparables, interprètent leur situation de façons diverses. Il se pourrait également que, lorsqu'on les place dans des situations d'exposition au risque graduelles, leur interprétation de la situation ne suive pas systématiquement la hiérarchisation officielle de l'épidémiologie : en d'autres mots, une plus grande exposition au VIH ne conduirait pas forcément à une plus forte perception et à une plus fréquente déclaration de prise de risque. Pour explorer ce phénomène, nous avons choisi de nous focaliser à présent sur l'utilisation plus ou moins systématique du préservatif par des hommes pratiquant la pénétration avec des partenaires occasionnels<sup>44</sup>. Si les déclarations de pénétration(s) à risque rendaient compte de l'exposition au risque de façon objective, les individus pratiquant la “ pénétration toujours protégée ” devraient déclarer moins de risques que ceux la pratiquant “ occasionnellement protégée ”. Les hommes pratiquant la pénétration “ jamais protégée ” devraient quant à eux déclarer le risque le plus important.

---

<sup>44</sup> Les “ asexuels ” et les hommes qui vivent en couple avec un seul partenaires dans l'année sont toujours exclus de l'échantillon.

Tableau 4 : Taux de déclaration d'au moins une pénétration non protégée avec un partenaire occasionnel selon la régularité de la protection de la pénétration lorsque celle-ci est maintenue avec des partenaires occasionnels.

Selon les niveaux de protection suivants :

	Déclare un risque	
	1991	1993
Pas de pénétration	5.4%	2.7%
pén.toujours prot.	15.9%	13.5%
pén.rarement protégée	<b>64.0%</b>	<b>69.3%</b>
pén.jamais protégée	43.9%	32.3%
<i>Effectifs totaux</i>	<i>(1602)</i>	<i>(2385)</i>

Le tableau précédent montre pourtant que le taux de déclaration de pénétration(s) à risque atteint son maximum pour les hommes qui pratiquent la “ pénétration rarement protégée ” et non pas pour ceux qui ne se protègent jamais. Dans l'hypothèse d'une perception objective du risque, nous aurions pu penser qu'un début de protection de la pénétration (“ pénétration rarement protégée ”) diminuait les déclarations de pénétration(s) à risque. Or il apparaît ici qu'au lieu de bénéficier d'une impression de sécurité supplémentaire, le groupe des individus qui utilisent occasionnellement le préservatif a une perception du risque très supérieure à celle des autres groupes.

L'enquête ACSF (Spira, Bajos et le groupe ACSF, 1993), menée en population générale, montrait déjà que les utilisateurs occasionnels de préservatifs se sentent plus exposés au risque que les autres. Les auteurs expliquent ce phénomène par le fait que l'adoption du préservatif résulte notamment d'une conscience préalable du risque élevée. Nous pensons que l'utilisation occasionnelle du préservatif pourrait également avoir un effet sur la conscience du risque de l'individu. Lorsqu'il est inhabituel, ce geste introduit une notion de risque dans la sexualité : non seulement l'individu doit se décider, lors de chaque rapport sexuel, pour savoir si oui ou non il se protège, mais le préservatif lui-même, lorsqu'il est utilisé, pourrait rappeler l'existence du risque. Les hommes qui déclarent utiliser occasionnellement le préservatif n'ont en effet pas intégré cette stratégie comme nouvelle référence normative. Lorsqu'on cherche à savoir à quelle ligne de conduite ils se réfèrent, il apparaît que la plupart d'entre eux déclarent, soit ne pas avoir de stratégie, soit maintenir des risques, soit être “ sélectionnistes ”. Ainsi, bien qu'utilisant le préservatif, élément central de la stratégie de *safer sex*, la grande majorité de ces hommes n'a pas intégré cette stratégie comme véritable référence. Leur univers cognitif n'a pas été réorganisé autour de la croyance en l'efficacité d'un dispositif de gestion du risque. Etant dans une phase transitoire, ces individus manquent de repères rassurants et ils ont, dès lors, une perception accrue du risque.

### ***3. C. Le cas des répondants séropositifs***

Les résultats présentés précédemment (sections 3.A. et 3.B.) ne s'appliquent pas de façon identique à l'ensemble des homo- et bisexuels masculins de l'enquête. Nous constatons en effet que le statut sérologique entre en jeu dans la façon dont les répondants rendent compte de leurs prises de risque.

Ainsi, parmi les séropositifs qui pratiquent la pénétration non systématiquement protégée (“ pénétration jamais ” ou “ parfois protégée ”) avec des partenaires de rencontre (N=64), 80% rendent compte d’au moins une pénétration non protégée dans l’année<sup>45</sup>. Ce taux est nettement supérieur aux 50% de déclarations de pénétrations à risques des hommes séronégatifs qui sont placés dans la même situation d’exposition au risque.

Même si les effectifs sont très faibles, on constate cette même propension des séropositifs à évaluer correctement leurs prises de risque et ce, quelles que soient les stratégies de gestion du risque adoptées. Sur les 35 séropositifs “ protectionnistes ” déclarant, par ailleurs, se protéger irrégulièrement, 29 rendent compte d’au moins une pénétration non protégée avec un partenaire de rencontre au cours de l’année. De même, 10 séropositifs “ sélectionnistes ” sur 14 déclarent au moins une pénétration à risque. Une fois encore, ces taux de déclaration de risque sont plus élevés que ceux des hommes séronégatifs ou non-testés placés dans des situations d’exposition au risque similaires.

L’ensemble de ces résultats tend à montrer que la conscience du risque des hommes séropositifs semble être “ incorporée ” dans la mesure où leur évaluation du risque est en concordance avec les critères de la santé publique. On peut formuler l’hypothèse selon laquelle la séropositivité constitue généralement une expérience assez forte pour détruire toute croyance non fondée en l’efficacité d’un système de protection.

## Conclusion

La majorité des homo- et bisexuels masculins de notre enquête déclare une adaptation efficace de leurs comportements sexuels au risque induit par le VIH. Dans ce chapitre, nous nous sommes volontairement focalisés sur les problèmes qui persistent par delà cette première affirmation. En étudiant un échantillon réduit d’hommes ayant pratiqué la pénétration non protégée avec des partenaires occasionnels de statut sérologique inconnu, il apparaît d’abord que les prises de risque ne sont pas uniquement circonscrites aux marges de la communauté mais que leur présence est plus diffuse. Des tendances à la surdéclaration du risque ou à la sous-déclaration apparaissent également dans certains groupes. Les hommes qui relatent des stratégies aberrantes d’un point de vue épidémiologique ne sont pas tous des insoucians, comme on voudrait parfois le laisser croire : ils ont au contraire une perception du risque plus forte que celle des autres homosexuels. Pour tous les autres, qu’ils aient adopté le *safer sex* ou une stratégie de couple, le fait de croire à l’efficacité de leur adaptation les conduit à une sous-déclaration de leur exposition au risque. On peut penser que cette minimisation du risque constitue une façon de composer avec l’épidémie : les homosexuels ne se limitent donc pas simplement à mettre en place des règles techniques permettant d’éviter la contamination mais, pour pouvoir maintenir leur participation au marché sexuel, ils tentent également de réduire l’impression de danger. Si tous les hommes n’y parviennent pas, les élaborations réussies

---

<sup>45</sup> Malgré la faiblesse des effectif, on constate que les séropositifs qui pratiquent la pénétration non systématiquement protégée (“ *pénétration jamais* ” ou “ *parfois protégée* ”) avec des partenaires de rencontre et qui, par ailleurs, déclarent maintenir des risques, sont cohérents : sur les 12 individus qui sont dans ce cas, 12 rendent compte d’au moins une pénétration à risque dans l’année.

prennent des formes plus variées que l'on ne pouvait le penser a priori. La confiance que certains homosexuels accordent à la relation de couple les conduit à surestimer l'efficacité de cette stratégie de responsabilité partagée. Le résultat nouveau est cependant que certains "mythes" de protection vont jusqu'à incorporer puis détourner la référence au *safer sex*. Le fait qu'ils se présentent comme étant *safe* alors même qu'ils ne le sont pas toujours, permet à certains homosexuels de minimiser leurs prises de risque. La référence normative au *safer sex* peut donc elle aussi produire un effet injustifié de réassurance. Comme le soulignent P. Berger et T. Luckmann (1967), la réalité perçue par les individus n'est donc pas une donnée objective mais, au contraire, une construction sociale élaborée notamment à partir de l'idéologie ou des croyances partagées dans certains groupes sociaux. Les initiatives de prévention devraient prendre en compte ce phénomène et intégrer dans leur stratégie de communication la façon dont les différentes sous-populations homo- et bisexuelles définies en terme de stratégies et de pratiques perçoivent le risque. Une fois encore, une double contrainte apparaît. Il s'agit de rassurer les hommes les plus inquiets et de les réconcilier avec leur sexualité autour du modèle du *safer sex*. Il faudrait, par ailleurs, inciter à la prudence les hommes qui accordent une confiance indue à leur stratégie de couple ou encore au *safer sex*. Si l'action préventive doit continuer à convaincre le public de l'efficacité du *safer sex*, elle devrait aussi, sans entraîner de panique, en évoquer certaines limites. Il est temps d'aborder les difficultés du maintien de la sexualité à moindre risque, mais aussi de parler des incidents, des moments de confusion, de passion, de fatigue ou de négligence qui existent à l'évidence, mais qui n'ont jusqu'à présent pas leur place dans le discours de prévention.

### **Bibliographie**

- Berger P. L., Luckmann T. (1967). *The social construction of reality: a treatise of sociology of knowledge*. Garden City (N.Y.), Doubleday & Co.
- Bozon M. (1993). 'L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites'. *Population*, 48(5) : 1317-1352
- Calvez M. (1992) : *La sélection culturelle des risque du sida*. Rapport ANRS / IRTSB.
- Douglas M., Calvez M. (1990) : 'The Self as Risk-Taker : A Cultural Theory of Risk Contagion in Relation to Aids'. *The Sociological Review*, 38(3):445-464.
- Mendes-Leite R. (1992) : 'Pratiques à risques : les fictions dangereuses'. *Le Journal du Sida*, 42 : 44-45.
- Pollak M., Schiltz M.-A. (1991). *Six années d'enquêtes sur les homo- et bisexuels masculins face au sida*. Paris, Rapport à l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida.
- Schiltz M.-A. (1993). *Les homosexuels masculins face au sida : Enquêtes 1991-1992*. Paris, Rapport à l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida.
- Spira A., Bajos N. & le groupe ACSF (1993). *Les comportement sexuels en France*. Paris, La documentation Française.
- Zonabend F. (1989) : *La presqu'île au nucléaire*. Paris, Editions Odile Jacob.

## Chapitre 4 - Les publics des lieux de drague

Dès 1970, dans son ouvrage intitulé *Tearoom trade. Impersonal Sex in Public Spaces* L. Humphreys s'attache à décrire des rapports homo- et bisexuels sans lendemain, désignés par l'auteur sous l'appellation de " *instant sex* ". L'univers de la drague homosexuelle est appréhendé à partir d'observations *in situ* menées dans des toilettes publiques. Cette recherche est fortement influencée par la sociologie de la déviance américaine. L'activité qui se déroule dans ces lieux est en effet " clandestine " : non seulement les rapports homosexuels sont socialement réprouvés mais L. Humphreys décrit l'activité d'hommes parfois mariés dans un site où l'irruption d'intrus, voire de la police, est toujours possible. A partir de cet ouvrage fondateur dans lequel l'auteur revendique une position de " voyeur ", s'est développée une littérature en sciences sociales sur l'univers de la drague homosexuelle.

Progressivement, l'intérêt des auteurs ne s'est plus uniquement focalisé sur ces rencontres clandestines. A partir des années 1970, émerge en effet un " ghetto " fréquenté par des homosexuels identitaires dont les rencontres s'organisent autour d'un commerce gai, le plus souvent confiné dans des quartiers spécifiques des grandes villes. Aux Etats-Unis, M. Emory (1979) et, en France, M. Pollak (1982) s'attachent à décrire les rituels de drague et les codes de reconnaissance des hommes qui adhèrent à ce mode de vie. M. Pollak et A. Béjin (1977) qui s'intéressent à la " rationalisation de la sexualité " mise en oeuvre dans notre société considèrent que ce processus atteint une forme extrême dans le cas des homosexuels masculins. L'objectif de toute rencontre occasionnelle est, pour ces hommes, la maximisation du plaisir<sup>46</sup> ; dans ce contexte, la communication entre les partenaires se réduit le plus souvent à l'acte sexuel, la relation de " commune humanité " avec l'autre n'étant pas valorisée<sup>47</sup>. L'attention des sciences sociales se focalise dès lors sur les conditions permettant cette sexualité facile et anonyme. Outre le développement d'un " marché des échanges sexuels ", il apparaît que les sphères sociale, affective et sexuelle ont tendance à être dissociées chez les gais. Cette caractéristique leur est imposée par le fait que le niveau d'acceptation sociale de leurs pratiques reste relatif mais la dissociation entre les différentes sphères peut également relever d'un choix de vie permettant une participation plus facile à l'univers de la drague. Dans tous les cas, cependant, cette dissociation complexifie le processus de gestion de l'identité et des rapports sociaux.

On comprend donc que les travaux précédents se sont appuyés sur des modalités de rencontres particulières pour développer une réflexion de portée plus générale sur la sexualité gaie. Afin d'éviter certaines généralisations, il nous semble nécessaire de prendre en compte l'ensemble des contextes dans lesquels peuvent s'effectuer des rencontres. La

---

<sup>46</sup> Comme l'a montré M. Pollak (1988), la drague homosexuelle ne se réduit cependant pas au seul désir de consommation sexuelle : pour beaucoup, elle symbolise à la fois la " *transgression, l'acceptation de soi et la conquête de la liberté* ", elle est la " *forme de sociabilité la plus instituée (sinon institutionnalisée) de la vie homosexuelle* ".

<sup>47</sup> Sur ces points, on peut se reporter aux travaux de P. Davies et P. Weatherburn (1991) ainsi qu'à ceux de M. Buber (1992).

première question est donc de savoir quels sont les lieux dans lesquels les homo- et bisexuels masculins font leurs rencontres. On note d'emblée un large éventail de possibilités. Il peut s'agir de lieux publics (parc, gare, cinéma), de la rue, ou encore de réseaux de sociabilité comme les soirées chez des amis. Il existe également des lieux commerciaux gais comme les bars, les discothèques ou encore les saunas et backrooms. Enfin, à côté des traditionnelles petites annonces, les années 1980 ont été marquées par le développement de la messagerie gaie (minitel, réseaux téléphoniques). On a donc progressivement assisté à une diversification des moyens permettant aux homo- et bisexuels masculins de faire des rencontres.

Les *gay studies* mettent en avant l'idée selon laquelle la tendance à la spécialisation des formes du désir qui est en vigueur dans le monde gai déterminerait le choix des lieux. Dans cette littérature, les homosexuels apparaissent en effet comme des individus libérés de tout déterminisme social : ces hommes ne se laisseraient guider que par leurs choix de vie et leurs désirs. Cette idée selon laquelle l'homosexualité s'affranchirait des déterminismes sociaux se retrouve également dans la thèse selon laquelle le marché des échanges homosexuels serait caractérisé par une fluidité totale et engendrerait dès lors un important brassage social. Cette thèse repose sur les descriptions mettant l'accent sur la facilité apparente des rencontres homosexuelles et le caractère a priori égalitaire ou démocratique de certains sites (Pollak, 1982). Bien que largement reprises dans la littérature, ces thèses n'ont le plus souvent pas été éprouvées à travers la description des caractéristiques des répondants. Mis à part les enquêtes de L. Humphreys et de F. Desroches sur lesquelles nous reviendrons, les travaux de type ethnographique ne parviennent pas à analyser finement les caractéristiques sociales des individus observés.

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'utiliser les possibilités de l'enquête quantitative pour appréhender l'univers de la drague sous un autre angle. Nous tenterons d'établir une typologie des lieux de rencontre fréquentés par nos répondants en fonction de leurs caractéristiques sociales, personnelles (définition de soi, proximité à l'épidémie) et de leur degré d'insertion dans le monde gai. Par ailleurs, sans pouvoir décrire la nature des rapports sexuels qui s'opèrent sur ces différents lieux et les niveaux de protection des pratiques en vigueur sur ces sites, nous rendrons compte des problèmes de gestion du risque de ces différents publics. Nous montrerons que, si certains problèmes rencontrés par les habitués renvoient en partie à leurs caractéristiques sociales, d'autres sont plus directement liés à des styles de vie qui induisent une exposition particulière au risque.

Nous présenterons au préalable la méthodologie utilisée.

### ***Questions de méthode***

Comme le suggère la revue de littérature précédente, les méthodes ethnographiques se sont imposées comme les seules méthodes légitimes pour appréhender la drague homosexuelle. La nature de l'engagement du chercheur n'est pourtant pas toujours exprimée clairement dans ce type de recherche. L'ouvrage de L. Humphreys lui-même a suscité d'importants débats méthodologiques. Alors que cet auteur avait revendiqué une position d'observateur non engagé dans l'action, dans un travail plus récent, F. Desroches (1990) s'interroge sur la possibilité d'un tel poste d'observation " neutre ". Ce point est d'importance, car on sait en

effet que la position du chercheur (observation neutre ou participante) influence indiscutablement les résultats. On peut également s'interroger sur la nature des informations qui sont susceptibles d'être recueillies dans les recherches menées uniquement par observation participante. En effet, dans ces lieux la discrétion étant de règle, les participants n'échangent le plus souvent que des informations minimales sur leur identité (parfois un prénom). Le sociologue ou l'ethnologue posté en observateur peut donc difficilement revendiquer une connaissance détaillée des caractéristiques sociales et du mode de vie socio-sexuel des hommes qui fréquentent ces lieux de rencontre à moins qu'il ne s'engage, comme l'on fait Humphreys et Desroches, dans une recherche d'informations complémentaires sur les participants<sup>48</sup>.

Bien qu'elle ne soit a priori pas un outil pleinement adapté à l'analyse de l'univers de la drague, l'enquête presse gaie permet au contraire de pallier le manque usuel d'information de ces études sur les caractéristiques sociales des participants. En effet, en plus de questions sur les caractéristiques socio-démographiques des répondants, le questionnaire comporte la question suivante : “ *De quelle manière faites-vous habituellement vos rencontres ?* ”. Neuf items étaient dès lors proposés aux répondants, les choix multiples étant possibles<sup>49</sup>. A partir de ces questions et des autres informations que nous avons sur les répondants, nous pouvons étudier la fréquentation des différents lieux ou moyens de rencontre. Bien que les données recueillies ne soient pas représentatives de l'ensemble de la population homosexuelle<sup>50</sup>, nous pouvons cependant rendre compte d'une diversité de populations. En effet, l'anonymat des enquêtes presse gaie permet à certains hommes peu intégrés dans le monde gai de répondre au questionnaire.

Notre investigation ne permet pas de décrire directement ce qui se passe sur les différents sites. En revanche, l'approche statistique autorise de nombreux croisements entre questions et permet de repérer certaines corrélations : sachant qu'ils déclarent rencontrer habituellement leurs partenaires sexuels dans certains lieux, on peut penser que les pratiques sexuelles dont les répondants rendent compte sont associées, pour partie, aux lieux de rencontre qu'ils fréquentent.

---

<sup>48</sup> Dans son travail, L. Humphreys avait complété les observations *in situ* par une recherche d'informations sur les participants. Pour ce faire, il relève les numéros minéralogiques des voitures des habitués des lieux de drague. Il obtient ainsi l'adresse de nombreux participants grâce à la “ coopération amicale ” de la police. Ces hommes sont ensuite intégrés dans l'échantillon d'une autre enquête portant sur la santé. Ainsi, par des méthodes largement contestées, tant par les sociologues que par les représentants de la communauté gaie (Henriksson, 1995), L. Humphreys a pu associer les données obtenues par observation avec des informations socio-démographiques obtenues grâce à l'enquête sur la santé.

<sup>49</sup> Les items sont les suivants : 1) *au hasard dans la rue*, 2) *chez des amis*, 3) *au sauna ou dans une backroom*, 4) *dans des bars ou discothèques*, 5) *dans des endroits publics (parc, gare, cinéma)*, 6) *au travail*, 7) *par petites annonces dans les journaux*, 8) *par minitel*, 9) *par réseau téléphonique*.

<sup>50</sup> La diffusion du questionnaire par voie de presse homosexuelle conduit à une surreprésentation des gais les plus actifs socialement et sexuellement.

## 1. L'univers de la drague : diversité des sites et logiques de la fréquentation

L'analyse de l'univers de la drague doit s'effectuer en prenant en compte l'importance de ces différents lieux et moyens de rencontre utilisés par les répondants de l'enquête<sup>51</sup>.

### *La fréquentation des lieux de drague*

Nos observations mettent en évidence le succès croissant des lieux de rencontres organisés :

Table 1 : Evolution dans le temps de la fréquentation des lieux de rencontre

	1985	1988	1989	1993 <sup>52</sup>	
<b>Lieux publics</b>					
endroits publics	47%	42%	42%	43%	
au hasard dans la rue	29%	35%	34%	31%	
<i>total lieux publics</i>	62%	59%	58%	57%	
<b>Réseaux de sociabilité</b>					
chez des amis	19%	24%	27%	27%	
travail	4%	7%	9%	6%	
<i>total réseaux de sociabilité</i>	21%	26%	30%	31%	
<b>Commerces</b>					
saunas, <i>backrooms</i>	19%	18%	18%	27%	
bars, discothèques	25%	24%	26%	33%	
<i>total lieux gais</i>	39%	37%	38%	50%	
<b>Messageries</b>					
par annonces	20%	35%	37%	15%	
par minitel	-	-	-	27%	(créé en 1980-81)
par réseaux téléphoniques	-	-	-	17%	(créé en 1984-85)
<i>total messageries<sup>53</sup></i>	20%	35%	37%	46%	

En 1993, un homosexuel sur deux cite les établissements gais comme lieux de rencontres alors que ce taux était de 39% en 1985. Presque un sur deux également utilise à un moment ou à un autre une forme de messagerie, alors que ce moyen de rencontre était utilisé par seulement 20% des répondants en 1985. L'importance grandissante du secteur commercial n'a toutefois pas entamé la fréquentation des lieux publics (57%) et des réseaux de sociabilité (31%) qui restent très attractifs. Seul, le système des petites annonces semble en baisse puisqu'il passe de 20% en 1985 à 15% en 1993.

<sup>51</sup> Certains titres dans lesquels est inséré le questionnaire biaisent notre évaluation. Afin d'évaluer l'importance respective des différents lieux, nous devons également faire abstraction du lectorat d'*Illico*. En effet, dans la mesure où cette revue est, pour l'essentiel, distribuée gratuitement dans les lieux commerciaux gais parisiens, les réponses des hommes ayant obtenu le questionnaire par cette voie conduirait à une surreprésentation de ces lieux commerciaux.

<sup>52</sup> Lecteurs d'*Illico* exclus.

<sup>53</sup> Ces chiffres sont donnés à titre indicatif; en 1993, l'augmentation du nombre de réponses possibles peut avoir incité les homosexuels à répondre plus nombreux.



La répartition des répondants selon ces différents lieux et moyens de rencontre n'est pas aléatoire. Au contraire, le degré d'insertion des répondants dans le monde gai semble déterminant. Nous savons que les homosexuels fortement intégrés ont le plus souvent un cercle d'amis composé d'autres homosexuels, qu'ils ont souvent une mobilité géographique spécifique les conduisant vers les centres urbains et, enfin, que leur entourage comporte plus fréquemment que les autres des personnes touchées par le VIH. Dans le tableau suivant, nous utiliserons ces trois indicateurs d'insertion dans le monde gai afin de voir quels sont les lieux fréquentés par les homosexuels identitaires et, au contraire, ceux qui sont utilisés par les homo- et bisexuels masculins en marge du mode de vie gai.

Table 2 : proportion de répondants qui :

	bars disco	amis	rue	sauna backr.	lieux publics	minitel téléph.	réseaux p.a.	
- ne connaît pas de personnes contaminées	<b>19%</b>	<b>19%</b>	<b>17%</b>	<b>19%</b>	24%	<b>28%</b>	<b>31%</b>	<b>37%</b>
- cercle d'amis principalement composé d'hétérosexuels	<b>13%</b>	<b>16%</b>	<b>17%</b>	<b>17%</b>	21%	<b>20%</b>	<b>24%</b>	<b>30%</b>
- réside ville <500 000 hab.	<b>31%</b>	<b>36%</b>	<b>33%</b>	<b>30%</b>	46%	<b>42%</b>	<b>41%</b>	<b>64%</b>

Ce tableau montre une opposition entre deux types de lieux de rencontre selon l'insertion des répondants dans le monde gai. On observe d'abord des lieux et des moyens de rencontre qui attirent plus spécifiquement un public à la marge du mode de vie gai. Ainsi, les lieux publics, le minitel et les petites annonces sont utilisés par des hommes dont plus du quart ne connaissent pas de personnes contaminées. Plus d'un cinquième de ces hommes ont, par ailleurs, un cercle d'amis principalement composé d'hétérosexuels. Plus que les autres répondants, ces personnes vivent dans des villes de moins de 500 000 habitants. Ce type de résidence est déclaré par les deux tiers des adeptes des petites annonces. En revanche, certains lieux et moyens de rencontre sont fréquentés par un public plus engagé dans un mode de vie gai : il s'agit des bars, des discothèques, des réseaux de sociabilité (amis), des saunas, des backrooms et, enfin, de la rue. Les hommes qui fréquentent ces lieux sont moins nombreux que les autres à avoir un cercle d'amis principalement composé d'hétérosexuels, ils sont plus proches de l'épidémie et résident plus souvent dans de grands centres urbains. Cette première analyse nous montre donc que les gais "identitaires" et ceux vivant aux marges du monde homosexuel fréquentent des lieux différents. On constate également des différences importantes entre les individus selon le nombre de lieux ou de moyens de rencontre qu'ils utilisent.

### ***Lieux de rencontre unique ou multipositionnalité***

L'analyse des données montre que seulement 4% des répondants (lecteurs d'*Illico* exclus) ne citent aucun lieu de rencontre. Ils sont 25% à n'en utiliser qu'un seul. Ainsi, la plupart des répondants ont une fréquentation multipositionnelle. La fréquentation de deux ou trois lieux de rencontre est la situation la plus courante (57% des répondants). Seule une faible minorité de répondants (5%) déclare fréquenter plus de quatre types de lieux. Cette diversité des sorties est, bien évidemment, liée aux possibilités financières, à la disponibilité des sites (surtout à Paris et dans les grandes villes) ainsi qu'à l'âge (25 à 35

ans). Aussi n'est-il pas étonnant que les homosexuels socialement et économiquement les plus démunis soient les plus limités dans leur " choix ".

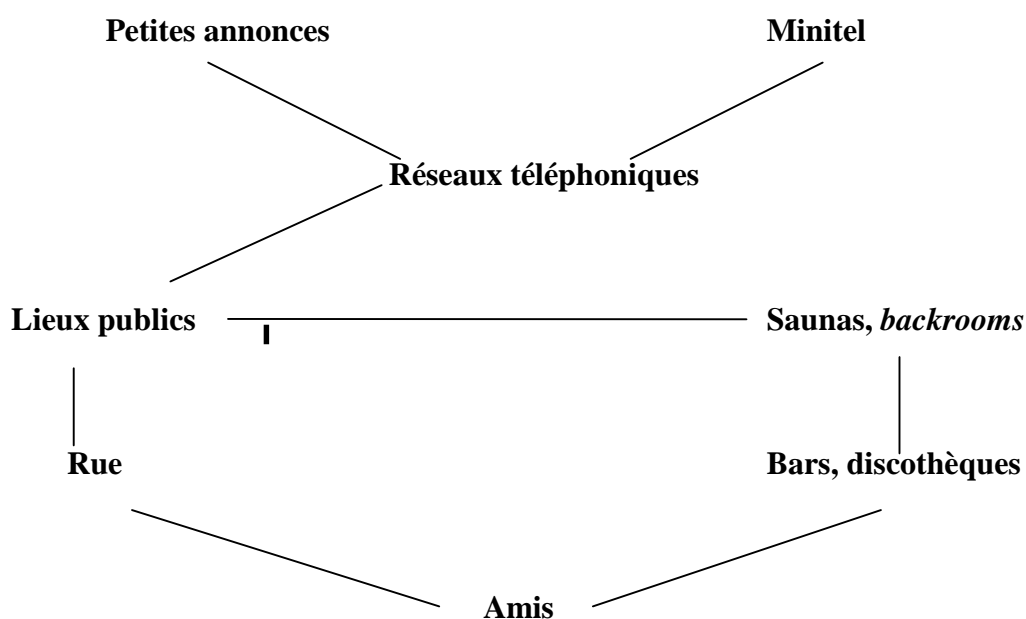
Ainsi, les 8% d'homo- et bisexuels masculins qui ont un niveau d'étude très faible (aucun diplôme ou, au mieux, un certificat d'études) ne citent aucun lieu de rencontre. Ce taux est de 3% pour les autres diplômés (CAP, BEPC, BAC et études universitaires). On retrouve cette influence du niveau d'études parmi les hommes qui ne fréquentent qu'un seul lieu de drague : plus du tiers des moins diplômés ne citent qu'un seul lieu de drague, contre moins du quart pour les autres répondants. La capacité des individus à utiliser plusieurs lieux et à passer d'un lieu à l'autre est donc déterminée socialement et économiquement.

Etant donné la fluidité des positions entre les différents sites fréquentés, nous allons à présent rechercher si le fait de fréquenter un lieu induit, plus souvent que la moyenne, la fréquentation d'un autre site.

#### *Les réseaux d'affinités et de réticences entre les différents lieux de rencontre*

Nos observations révèlent des affinités entre certains lieux de rencontres, lesquelles se constituent, comme le montre le graphe ci-dessous, en réseaux relativement autonomes<sup>54</sup>.

Graphe 1 :



Lecture du graphe : Les traits indiquent des liaisons significatives entre deux types de lieux de rencontre, ils sont d'autant plus gras que le lien est fort.

<sup>54</sup> Ce qui ne veut pas dire qu'un même individu ne puisse avec le temps modifier ses habitudes de rencontre. En effet, notre mode de collecte des données saisit les individus à un moment donné de leur histoire sans prendre en compte la dynamique des biographies ; ainsi lorsqu'un individu acquiert une plus grande familiarité avec la culture gaie, ses règles de pudeur peuvent devenir moins strictes ; une relation amoureuse, un déménagement, l'âge et bien d'autres éléments peuvent également bouleverser la façon de faire des rencontres.

Ce graphe visualise le degré de fluidité entre les lieux. En ne prenant en compte que les recouvrements les plus forts on peut définir trois ensembles de moyens de rencontre.

Groupe 1 : On observe d'abord que nos répondants effectuent des passages importants entre les réseaux téléphoniques et les petites annonces, mais aussi entre le téléphone et le minitel. En revanche, ces passages sont rares entre les petites annonces et le minitel.

De ce premier groupe de lieux de rencontre à distance, seuls les adeptes des réseaux téléphoniques s'aventurent dans les lieux publics qui constituent un second groupe.

Groupe 2 : On observe d'importants recouvrements entre la fréquentation des lieux publics et de la rue, d'une part, et des saunas et des backrooms d'autre part. En revanche, ceux qui fréquentent la rue sont rarement clients de ces lieux commerciaux spécialisés.

Deux transitions nous mènent au troisième groupe. On observe ainsi un recouvrement entre la fréquentation de la rue et des amis et par ailleurs, entre la fréquentation des saunas, des backrooms et celle des discothèques, des bars.

Groupe 3 : Enfin on peut déterminer un troisième groupe constitué par les hommes qui font leurs rencontres dans leur cercle amical ou bien dans les bars et les discothèques.

Une autre lecture de ce graphe qui s'appuie, cette fois-ci, sur la rareté de certains recouvrements (absence de liens significativement importants au sens statistique du terme) montre que tous les lieux ne sont pas totalement substituables. On peut en donner comme exemple le fait que les hommes qui recherchent des partenaires au travers des petites annonces sont, bien plus rarement que les autres répondants, clients du commerce gai (saunas, *backrooms*, bars et discothèques). On remarque, par ailleurs, qu'ils s'aventurent peu dans les rues. Les utilisateurs des réseaux téléphoniques comme les habitués des lieux publics semblent, quant à eux, éviter les lieux de sociabilité (bars, discothèques et amis), y compris le minitel pour ces derniers. Les habitués des saunas et des *backrooms* ont tendance à séparer leur vie sexuelle et affective, ils font rarement des rencontres sexuelles dans leur cercle amical et n'utilisent pas les réseaux téléphoniques, le minitel ou les petites annonces. Ces moyens sont également peu utilisés par les clients des bars et des discothèques. Les homosexuels qui draguent dans leur cercle d'amis sont très réticents par rapport aux lieux publics, saunas, réseaux, minitel.

Cette analyse des affinités et des réticences nous montre que l'univers de la drague est relativement structuré. On distingue tout d'abord le groupe composé des petites annonces, du minitel et des réseaux téléphoniques où le face à face avec le partenaire est différé. Parmi les lieux où la rencontre est directe, on perçoit deux pôles selon que la drague est associée ou non à une sociabilité. Selon cette dimension, les rencontres dans les lieux publics, la rue, les saunas et backrooms se distinguent nettement des rencontres faites dans les bars, dans les discothèques et dans le cercle amical.

Cette première approche globale montre que le " marché des échanges homosexuels " n'est pas aussi fluide qu'il pourrait y paraître à première vue, les lieux et les moyens de rencontre utilisés étant organisés en réseaux relativement autonomes. Dans la section suivante, nous allons décrire les caractéristiques sociales et les modes de vie des publics fréquentant les

différents lieux et moyens de rencontre précédents : en effet, le choix des différents lieux et moyens de rencontre apparaît influencé par ces caractéristiques.

## 2. Les caractéristiques des publics

D'emblée, on observe que les hommes qui évitent le face à face lors de la prise de contact ont un profil très particulier.

### *Les publics du groupe 1 : petites annonces, réseaux téléphoniques, minitel*

Plus que les autres répondants, les hommes qui utilisent les petites annonces et les réseaux téléphoniques se définissent comme bi- ou hétérosexuels. On remarque, par ailleurs, que leur sexualité n'est pas vécue au grand jour. En effet, plus souvent que les autres, ces hommes n'ont pas de confidents dans leur entourage immédiat. Cette caractéristique se retrouve également chez les utilisateurs du minitel.

Table 3: L'homosexualité du répondant est inconnue de l'entourage " extérieur ", c'est-à-dire du père, de la mère, des frères et des soeurs, des collègues et des amis hétérosexuels.

	Bars disco	Amis	Rue	Sauna backr.	Lieux publicstéléph.	Minit. Rés.	P.A.	
-Aucun confident	7%	9%	8%	10%	12%	<b>16%</b>	<b>17%</b>	<b>18%</b>
-se définit bi/hétérosex.	6%	10%	8%	8%	9%	9%	<b>12%</b>	<b>13%</b>

Ainsi, le tiers des utilisateurs du minitel et des petites annonces dissimulent leur homosexualité à leurs amis hétérosexuels, contre moins du quart pour le reste de l'échantillon. Pour les utilisateurs de réseaux téléphoniques, plus jeunes et plus isolés, les problèmes liés à l'affirmation de leur orientation sexuelle ont surtout lieu dans le cercle familial : 49% de ces utilisateurs cachent leur homosexualité à leur père (contre 42% pour le reste de la population ) et 41% ont la même attitude vis-à-vis de leur mère (contre 34%). Ce silence s'étend jusqu'à la fratrie puisque 35% des utilisateurs de réseaux téléphoniques n'en ont pas parlé à leurs frères et soeurs (contre 28% pour le reste de l'échantillon).

Si les publics de ces différents moyens de rencontre à distance se rejoignent du point de vue de leur faible affirmation identitaire, ils diffèrent si l'on prend en compte le nombre des partenaires déclarés dans l'année. Ce sont les adeptes du téléphone qui annoncent le plus grand nombre de partenaires : 42% d'entre eux ont plus de 10 partenaires, contre 36% pour les utilisateurs du minitel et 19% pour ceux qui utilisent les petites annonces. On remarque également qu'une proportion non négligeable d'hommes qui passent par les petites annonces ont très peu ou pas du tout de partenaires. Ces trois moyens de rencontre se hiérarchisent donc en fonction de leur " rentabilité sexuelle ", évaluée en nombre de partenaires dans l'année. Comme nous allons le voir, les publics des petites annonces, des réseaux téléphoniques et du minitel se différencient également en fonction de leur position sociale.

- Les petites annonces sont utilisées par des hommes ayant un faible niveau d'études (35% ont un niveau inférieur au bac, contre 22% pour le reste de l'échantillon) qui appartiennent à des classes sociales défavorisées souvent " en déclin " - ouvriers, employés, agriculteurs et retraités (36% contre 20%) - et résident dans des communes rurales (21% contre 12%)

ou des agglomérations de moins de 100 000 habitants (16% contre 11%). Ces hommes vivent majoritairement seuls (63% contre 52%). Plus souvent que les autres répondants, ils disent ne pas avoir d'amis ou encore avoir un cercle d'amis composé principalement d'hétérosexuels. Plus souvent que les autres enquêtés (34% contre 25%), ils cachent leur orientation sexuelle à leurs amis et, plus encore, à leurs collègues de travail (45% n'en ont pas parlé à leurs collègues, contre 34% pour le reste de l'échantillon).

- Les réseaux téléphoniques sont utilisés par des hommes relativement jeunes (26-30 ans) et, plus souvent que les autres répondants, socialement défavorisés. Tout comme les hommes qui utilisent les petites annonces, les adeptes des réseaux téléphoniques déclarent un sentiment de solitude.

- Le minitel reste, en 1993, un objet socialement discriminant<sup>55</sup> qui attire les hommes des classes moyennes supérieures : 47% des utilisateurs de minitel ont un niveau d'études qui correspond à un deuxième ou à un troisième cycle universitaire, contre 35% pour le reste de l'échantillon ; par ailleurs, 45% d'entre eux sont cadres, contre 35% pour le reste de l'échantillon. Ces hommes sont, plus souvent que les autres, engagés dans une relation stable non exclusive et ne connaissent pas le sentiment de solitude des utilisateurs de petites annonces ou des réseaux téléphoniques. Tout comme les utilisateurs des petites annonces, les adeptes du minitel ont eu leur première expérience sexuelle à un âge relativement tardif<sup>56</sup>.

Les canaux d'information utilisés par ces différents publics font écho au choix du vecteur utilisé pour réaliser des rencontres. Ainsi, les usagers des réseaux téléphoniques s'informent plus souvent que les autres auprès des permanences téléphoniques et sont très attentifs aux messages des institutions publiques. Disposant d'un faible niveau d'éducation, les utilisateurs des petites annonces sont, plus souvent que les autres, à l'écoute des médias audiovisuels, en privilégiant cependant une presse homosexuelle<sup>57</sup>. Cette presse homosexuelle est créditée d'un très fort capital confiance (72% s'informent par ce biais et 64% lui font complètement confiance, contre 54% pour le reste de l'échantillon). Les utilisateurs de minitel, plus éduqués, s'informent, quant à eux, de préférence auprès des publications médicales.

Nous allons à présent décrire les profils des hommes qui fréquentent les lieux publics, les saunas/backrooms et la rue.

### ***Les publics du groupe 2 : Lieux publics, saunas/backrooms et rue***

La fréquentation de ces espaces est liée au lieu de résidence des répondants. Dans les campagnes et les agglomérations de petite et moyenne importance, c'est-à-dire là où les saunas et *backrooms* sont rares si ce n'est inexistantes, les lieux publics sont très fréquentés

---

<sup>55</sup> L'accès aux services des minitels " roses " est payant et peut être dispendieux.

<sup>56</sup> Un homosexuel sur quatre, utilisateur des petites annonces ou du minitel, a été initié après 21 ans, contre un sur sept pour les habitués des autres lieux de drague. Selon M. Bozon (1993), un âge précoce au premier rapport peut être considéré comme un indicateur de l'aisance avec laquelle les individus vivent leur sexualité.

<sup>57</sup> Plus souvent que les autres répondants, ils citent en lecture régulière ou irrégulière des titres peu informatifs : *Défi Mecs, Gaie France, Gay Défi, Gay News, Homme, Honcho, Jean-Paul, Lettres Gay*.

(46%) alors qu'ils sont relativement désaffectés à Paris (30%). Pour les saunas et les *backrooms*, le rapport s'inverse, ils attirent 45% des répondants parisiens, et 30% des hommes qui vivent dans des agglomérations de moins de 500 000 habitants.

Les lieux publics, les saunas et les *backrooms* sont des lieux à forte "rentabilité sexuelle" principalement fréquentés par des hommes dans la force de l'âge (entre 30 et 40 ans). Ceux-ci sont plus souvent que les autres répondants engagés dans une relation stable non exclusive qui s'accompagne de nombreux partenaires. On peut cependant distinguer des profils plus spécifiques selon les divers lieux de rencontre :

- Les clients des saunas et des *backrooms*, sont très engagés dans un mode de vie homosexuel. Si leur cercle amical est majoritairement composé d'homosexuels (26% ont un cercle d'amis composé majoritairement d'homosexuels, contre 18% pour le reste de l'échantillon), ces hommes ont cependant tendance à dissocier leur vie sexuelle de leur vie affective. On note ainsi qu'ils sont beaucoup moins nombreux que les autres à déclarer faire des rencontres sexuelles dans leur cercle amical. Une écrasante majorité de la clientèle des saunas et des *backrooms* a effectué le test de dépistage au VIH (89%, contre 79% pour les répondants qui ne fréquentent pas les saunas et les *backrooms*). Ce public est très touché dans son intimité par l'épidémie, à la fois personnellement (22%, contre 10% sont séropositifs) et dans son entourage affectif le plus proche (15% ont un compagnon contaminé, contre 10% pour le reste de l'échantillon). La population qui fréquente ces lieux de rencontres a un passé vénérien chargé (57%, contre 37%). Cette expérience des MST et du VIH les rapproche de leur médecin. Plus fréquemment que les autres (12% contre 9%), ils sont engagés dans les associations de lutte contre le sida auprès desquelles ils trouvent des informations complémentaires. Pour ces hommes qui adhèrent fortement aux préceptes du *safer sex*, la prévention est une affaire personnelle, ils réproouvent en effet l'idée d'une politique coercitive.

- Par rapport au public des saunas et des *backrooms*, les hommes qui fréquentent les lieux publics présentent quelques particularités. Ils ont moins fréquemment un cercle d'amis principalement composé d'autres homosexuels. Comme les clients des saunas et des *backrooms*, ils ont un passé vénérien chargé (51% ont eu une MST au cours de leur existence) mais, probablement parce que les provinciaux sont en proportion plus grande, le taux de séropositivité de ce groupe est moins élevé (15%). Leur proximité à l'épidémie se manifeste donc principalement par l'intermédiaire de leurs partenaires sexuels (29% contre 22%).

- Les hommes qui font leurs rencontres dans la rue ont, tout comme les habitués des lieux publics, une entrée précoce dans la vie sexuelle<sup>58</sup> et s'exposent plus que les autres aux agressions. Bien qu'ils se soient constitués un cercle d'amis plus indépendant de leur orientation sexuelle, ces hommes qui draguent dans les rues sont très touchés par l'épidémie dans leur intimité. Cette caractéristique les rapproche des habitués des bars et des discothèques, peut-être parce que, comme eux, ils sont plus souvent parisiens que les autres répondants.

---

<sup>58</sup> Un habitué sur trois des lieux publics et de la rue avait moins de 15 ans lors de son premier contact sexuel. Ce taux est de un sur cinq pour ceux qui ne fréquentent pas les lieux publics.

### *Les publics du groupe 3 : amis, bars et discothèques*

Les homosexuels qui font des rencontres dans les bars, les discothèques ou dans leur cercle amical parviennent à concilier leur vie sexuelle et leurs liens sociaux et affectifs. Ces hommes se sentent, plus souvent que les autres répondants, acceptés en tant qu'homosexuels et ont une vision plutôt positive de leur vie. Bien que le groupe des hommes qui fréquentent les bars ou les discothèques et celui des gais qui font des rencontres dans leur cercle amical se ressemblent sur bien des points, les hommes qui utilisent les réseaux amicaux se caractérisent par un niveau d'éducation plus élevé et un engagement associatif homosexuel plus grand. Par ailleurs, comme nous allons le voir en présentant plus en détail ces deux publics, les hommes qui fréquentent les bars et les discothèques ont un nombre de partenaires sexuels plus important.

- Les bars et les discothèques sont fréquentés par une clientèle de jeunes homosexuels (57% ont moins de 30 ans) moins engagés que les autres dans une relation affective stable - 50% vivent seuls, contre 42% pour le reste de l'échantillon. Ils se sentent relativement bien acceptés par leur entourage. Leur système d'information est fondé sur le contact personnel (55%, contre 44% pour le reste de l'échantillon) surtout avec les amis et les médecins auxquels ils font confiance. A cela s'ajoutent la presse homosexuelle et les brochures d'information souvent mises gratuitement à disposition dans les établissements. Ils sont touchés par l'épidémie dans leur vie affective (62% ont au moins un ami proche atteint) et sexuelle (ils sont un tiers à citer des partenaires sexuels contaminés). Les personnes qui fréquentent ces lieux ont un nombre de partenaires élevé (39% des clients ont plus de dix partenaires par an). Cette clientèle se caractérise par une consommation élevée de " drogues récréatives " <sup>59</sup>.

- Nous allons à présent décrire le profil des hommes qui font des rencontres dans leur cercle amical. Avoir l'opportunité de rencontres dans son cercle amical suppose une sociabilité importante. La littérature sur la sociabilité montre que la taille des réseaux varie en fonction de la position sociale des individus. On retrouve ce phénomène dans nos résultats. Ainsi, les jeunes parisiens (52% ont entre 21 et 30 ans) d'un niveau d'éducation élevé (67% ont atteint un niveau universitaire, contre 54% pour le reste des répondants) citent plus fréquemment que les autres la possibilité de rencontres dans leur cercle amical. Par rapport aux hommes qui fréquentent les bars et les discothèques, ceux qui font des rencontres chez leurs amis ont un nombre plus limité de partenaires: ainsi plus de la moitié d'entre eux déclarent moins de 5 partenaires dans l'année. Leur sociabilité est relativement indépendante de leur orientation sexuelle : les deux tiers d'entre eux ont un cercle amical composé d'autant d'amis hétérosexuels que d'amis homosexuels, contre un peu plus de la

---

<sup>59</sup> Significativement plus que les autres répondants ils consomment régulièrement des alcools forts (23% contre 12%) et du tabac (45% contre 31%), plus ou moins régulièrement du cannabis (26% contre 15%), des poppers (44% contre 29%) et de l'ecstasy (8% contre 2%); ils sont également significativement plus nombreux que les autres à avoir " touché " à l'héroïne (4% contre 2%), à la cocaïne (7% contre 2%) et au LSD (4% contre 2%).

moitié pour ceux qui ne font pas de rencontres sexuelles dans leur cercle amical. Bien plus fréquemment que les autres, ils sont acceptés par leurs amis hétérosexuels (66%, contre 54% pour le reste de l'échantillon). Ces hommes sont plus nombreux que les autres à s'être engagés dans des associations homosexuelles et de lutte contre le sida (20% contre 14%). L'épidémie pour eux est très présente, 65% (contre 51%) ont au moins un ami proche contaminé et pour 10% d'entre eux, c'est leur compagnon qui est touché. Ils ont, davantage que les autres, un système d'information fondé sur les contacts personnels (45% contre 31%) et les conférences des associations (18% contre 12%).

L'existence de ces différents profils montre que le choix des sites et des moyens de drague ne renvoie pas simplement à une spécialisation des désirs et au libre arbitre des participants. La participation aux différents sites permettant de réaliser des rencontres est ainsi déterminée socialement. De nombreux facteurs semblent entrer en jeu dans le choix des différents lieux. La proximité géographique des sites ou les contraintes économiques sont centrales. Mais les modalités de participation à l'univers de la drague renvoient plus globalement à l'extrême diversité des modes de vie homo- et bisexuels. Des lieux et des moyens de rencontre différents sont choisis selon l'âge, la classe sociale et le degré d'insertion dans le monde gai. On note ainsi un clivage très important entre les lieux fréquentés par les homosexuels identitaires et les autres fréquentés par des hommes en marges du monde gai du fait de leur bisexualité notamment. Ces personnes n'ont pas toutes la même aptitude à manipuler les codes et les techniques de drague propres à ces sites. De même, l'acceptation par soi-même et par l'entourage influe sur le choix des individus à opter pour des moyens de rencontre permettant de conserver l'anonymat ou bien, au contraire, de vivre leur sexualité au grand jour.

Nous allons à présent nous attacher à l'état du safer sex parmi les habitués des différents sites. Sans pouvoir décrire la nature des rapports sexuels qui s'opèrent sur ces différents lieux et les niveaux de protection des pratiques sur ces sites, nous rendrons compte à présent des problèmes de gestion du risque de ces différents publics.

### **3. L'état du *safer sex* parmi les habitués des divers lieux**

Il apparaît d'emblée que, si certains problèmes renvoient aux caractéristiques sociales des participants, d'autres sont liés à des styles de vie qui induisent une exposition particulière au risque.

Nous avons déjà présenté, dans le premier chapitre de ce rapport, le niveau d'adaptation à l'épidémie de différents sous-groupes d'homo- et bisexuels masculins en fonction de leur position sociale, de leur niveau d'intégration au monde gai ou, au contraire, de leur position aux marges, mais également en fonction de leur mode de vie. Ces facteurs se retrouvent lorsqu'on s'intéresse à l'adaptation à l'épidémie des publics qui fréquentent les différents sites de rencontre.

#### ***L'influence des facteurs sociaux***

On peut en donner comme exemple la distinction nette qui apparaît entre les hommes qui utilisent les petites annonces et ceux qui sont des adeptes du minitel. Les premiers sont,



comme on l'a vu, plus souvent que les autres issus de classes sociales défavorisées et socialement beaucoup plus isolés. Ils souhaitent pouvoir être déchargés de la responsabilité de la prévention par la mise à l'écart des personnes contaminées. Ces hommes envisagent plus volontiers que les autres une politique coercitive de l'Etat et souhaiteraient pouvoir reconnaître les séropositifs (Pollak, Dab, Moatti, 1989). Au contraire, les utilisateurs de minitels issus des classes moyennes supérieures s'adaptent au risque en modifiant à la fois leur style de vie et leur sexualité : plus souvent que les autres, ils sont engagés dans des relations non exclusives et pratiquent le *safer sex* avec leurs partenaires de rencontre. Ainsi, les problèmes rencontrés par les différents publics dans leur adaptation au risque VIH renvoient plus globalement aux caractéristiques sociales des participants.

La fréquentation de certains lieux de rencontre peut, par ailleurs, renvoyer à un mode de vie qui, en raison d'une activité sexuelle intense et de pratiques sexuelles spécifiques dans un milieu à forte prévalence, peut entraîner une exposition plus forte au risque

### *Pratiques sexuelles et niveau de fréquentation du marché*

Selon les lieux et les moyens de rencontre cités, les habitués déclarent des pratiques sexuelles et des adaptations au risque VIH différentes.

On constate que la pénétration anale est une pratique sexuelle courante avec les partenaires de rencontre. Elle concerne en moyenne un homosexuel sur deux. Quelques variations apparaissent cependant selon les différents publics. Ainsi, cette pratique est la plus répandue parmi les utilisateurs des réseaux téléphoniques (54%). En revanche, elle est relativement plus rare parmi les habitués des lieux publics (44%) et des petites annonces (45%).

Les deux tiers des répondants qui pratiquent la pénétration anale avec leurs partenaires de rencontre déclarent se protéger systématiquement. Ce niveau de protection est relativement homogène pour l'ensemble des publics sauf pour les adeptes des petites annonces qui ont un moindre niveau de protection (59%). Dans le premier chapitre de ce rapport, nous avons cependant montré qu'une évaluation plus précise des risques devait prendre en compte les déclarations de pénétration(s) non protégées avec des partenaires de rencontre de statut sérologique inconnu. L'analyse statistique des réponses montre dès lors (lignes 1 et 2 du tableau 4) que la proportion de répondants qui déclarent au moins une pénétration non protégée avec un partenaire occasionnel de statut sérologique inconnu ou différent du leur est toujours plus importante parmi les habitués des lieux à forte "rentabilité sexuelle" mesurée en nombre de partenaires déclarés dans l'année pour ceux qui les fréquentent.

Tables 4 : avec les partenaires occasionnels :

	1 - proportion de répondants qui déclarent au moins une pénétration non protégée avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou différent du leur.							
	2 - proportion de répondants qui déclarent plus de dix partenaires masculins dans l'année.							
	3 - proportion de répondants qui pratiquent " toujours " ou " souvent " la pénétration.							
	4 - parmi les répondants qui pratiquent la pénétration (toujours, souvent ou rarement) proportion de ceux qui utilisent systématiquement des préservatifs.							
	saunas	lieux	rés.	rue	bars	minitel	amis	p.a.
	bckr	publ.	tél..		disco.			
1 - déclaration de risque	<b>22%</b>	19%	19%	18%	17%	16%	<b>12%</b>	<b>12%</b>

2 - plus de 10 partenaires	<b>56%</b>	45%	42%	39%	39%	36%	<b>25%</b>	<b>19%</b>
3 - pénétration fréquente	50%	44%	<b>54%</b>	50%	51%	50%	48%	<b>45%</b>
4 - pénétration tjs protégée	<b>69%</b>	62%	66%	67%	<b>69%</b>	67%	66%	<b>59%</b>

On observe ainsi que les clients des saunas et des *backrooms* qui fondent leur stratégie de gestion de l'épidémie sur la protection de l'acte sexuel (88% pratiquent le *safer sex* avec leurs partenaires de rencontre, contre 76% pour le reste de l'échantillon) sont plus nombreux que les autres (22%) à rendre compte d'au moins une pénétration non protégée avec un partenaire occasionnel de statut sérologique inconnu ou différent du leur. Les habitués de ces lieux sont également plus nombreux que les autres à rendre compte d'au moins une maladie sexuellement transmissible<sup>60</sup> contractée au cours de l'année (10% contre 6%). En revanche, seulement 12 % des hommes qui font des rencontres par petites annonces déclarent des pénétrations à risque dans l'année alors que leur système de protection pouvait paraître moins efficace que celui des autres si l'on s'en tenait au fait qu'ils sont seulement 59% à déclarer se protéger systématiquement.

Alors qu'ils ont pour la plupart adopté le préservatif, les hommes qui ont une activité sexuelle intense avec de nombreux partenaires semblent donc avoir des difficultés à mettre en oeuvre systématiquement un système de protection efficace. Tout en respectant leur choix de vie, la prévention devrait donc inciter ces hommes à la prudence.

## Conclusion

Même si la plupart des répondants fréquentent plusieurs lieux de rencontre, l'analyse statistique de leurs réponses a montré que tous les sites ne sont pas substituables. Le choix des sites et des moyens de drague ne renvoie pas simplement à une spécialisation des désirs et au libre arbitre des participants. Au contraire, la participation aux différents sites est déterminée géographiquement, économiquement et socialement. Les modalités de participation à l'univers de la drague renvoient plus globalement à l'extrême diversité des modes de vie homo- et bisexuels. Des lieux et des moyens de rencontre différents sont choisis selon l'âge, la classe sociale et le degré d'insertion dans le monde gai. On note ainsi un clivage très important entre les lieux fréquentés par les homosexuels identitaires et les autres lieux plus attractifs pour des hommes en marge du monde gai du fait de leur bisexualité notamment. L'acceptation par soi-même et par l'entourage influe sur le choix des individus à opter pour des moyens de rencontre permettant de conserver l'anonymat ou bien, au contraire, de vivre leur sexualité au grand jour. De plus, ces personnes n'ont pas toutes la même aptitude à manipuler les codes et les techniques de drague propres à ces sites. Ainsi, malgré quelques recouvrements existants entre les différents moyens de rencontre, certains profils "types" d'habitués apparaissent. Ces différents publics sont confrontés à des problèmes de gestion du risque qui renvoient non seulement à leur position sociale mais aussi à des styles de vie qui induisent une exposition particulière au risque. Afin d'améliorer l'efficacité de leur action, les initiatives de prévention pourront prendre en compte la diversité de ces publics et de leurs pratiques afin d'adapter les

<sup>60</sup> Nous avons demandé aux répondants : " Avez-vous eu l'an dernier une maladie sexuellement transmissible : blennorragie, syphilis, hépatite B, autres sauf VIH ? ".

messages d'information aux problèmes spécifiques de gestion du risque rencontré par ces différents sous-groupes de la population homo- et bisexuelle.

### **Bibliographie**

Béjin A., Pollak M. (1977) : 'La rationalisation de la sexualité'. *Cahiers Internationaux de Sociologie*, LXII: 105-125.

Bozon M. (1993) : 'L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites : Du calendrier aux attitudes'. *Population* : 1317-1352.

Buber M. (1992) : *Je et tu*, Paris, Aubier.

Davies P., Weatherburn P. (1991) : 'Toward a General Model of Sexual Negotiation'. *Aids: Responses, Interventions and Care*. London, New York, Philadelphia, The Falmer Press.

Elias N. (1973) : *La civilisation des moeurs*. Paris, Calmann-Lévy: 264-265 (Press Pocket "Agora").

Desroches F.J. (1990) : 'Tearoom Trade: A Research Update'. *Qualitative Sociology*, 13(1):39-61.

Emory M. (1979) : *The Gay Picturebook*. Chicago, Comtemporary Books.

Henriksson B. (1995) : *Risk Factor Love. Homosexuality, Sexual Interaction and HIV Prevention*. Göteborg, Göteborg Universitet.

Humphreys L. (1970) : *Tearoom Trade. Impersonal Sex in Public Places*. New York, Aldine Publishing Company.

Pollak M. (1982) : 'L'homosexualité masculine, ou le bonheur dans le ghetto ?'. *Communications*, 35: 37-55.

Pollak M. (1988) : *Les homosexuels et le sida : sociologie d'une épidémie*. Paris, Editions A.M. Métailié.

Pollak M., Dab W., Moatti J.-P. (1989) : 'Système de réaction au SIDA et action préventive'. *Sciences Sociales et Santé*, VII(1):111-135.

Welzer-Lang D., Dutey P. (1994) : 'Enquêtes dans les établissements gais'. *Intervention au colloque " Terrains d'Entente "*. Paris, Ministère de la Santé, 22-23 juin 1994.

## **Chapitre 5 - Incidence du VIH sur la sexualité et la vie quotidienne : le cas des homosexuels touchés par le VIH.**

Les recherches en sciences sociales sur les personnes atteintes sont encore rares dans notre pays<sup>61</sup>. La plupart ont été effectuées à partir d'entretiens menés auprès d'un nombre réduit de personnes qui, le plus souvent sont des homosexuels masculins. Les résultats de l'enquête presse gaie, qui a pu recruter plusieurs centaines d'hommes contaminés, viennent donc tout naturellement compléter les recherches qualitatives précédentes.

L'outil quantitatif permet d'abord de mieux appréhender le groupe des homo- et bisexuels masculins touchés par le VIH. En le comparant aux autres répondants de l'enquête, nous pourrions faire pleinement ressortir les caractéristiques sociales de ces personnes et les spécificités de leurs modes de vie socio-sexuels. Après avoir présenté les caractéristiques de l'échantillon, nous analyserons l'incidence du VIH dans la vie des gais séropositifs ou malades.

Si le VIH met ces hommes en rapport avec le monde médical, notre outil nous permet également d'analyser les retentissements de l'épidémie dans leur vie sociale. On repère ainsi que des réorganisations s'opèrent dans l'organisation matérielle de la vie des personnes atteintes ou encore dans leurs investissements affectifs. L'enquête permet également d'analyser l'acceptation sociale de l'homosexualité et de la séropositivité telle qu'elle est perçue par nos répondants.

L'originalité de ce travail tient cependant au fait que nous avons souhaité aborder le thème de la sexualité des personnes atteintes qui est resté un sujet insuffisamment exploré en France<sup>62</sup>. Il convient en effet de mieux connaître les problèmes spécifiques auxquelles les personnes atteintes sont confrontées dans leur sexualité afin que les initiatives de prévention puissent les prendre en compte dans leur action.

Après avoir présenté le groupe des homosexuels masculins séropositifs ou malades, nous analyserons l'incidence du VIH dans leur vie sexuelle puis sociale.

### **1. Prévalence du VIH et caractéristiques de l'échantillon**

Comme nous l'avons montré dans le chapitre 2 consacré au test de dépistage au VIH, le nombre d'individus ayant effectué au moins une fois un test de dépistage augmente fortement jusqu'en 1991 pour se stabiliser par la suite aux environs de 80%. Ce recours progressif au test a contribué à rendre visible la séropositivité au sein de la population

---

<sup>61</sup> Pour une revue synthétique de ces travaux, voir P. Adam, G. Paicheler et A. Quemini, 1995 : 153-156.

<sup>62</sup> Sur ce point cf. les travaux d'I. De Vincenzi (1993) sur les personnes de statut sérologique discordant vivant en couple et le compte-rendu de J. Pierret (1994) sur la sexualité des personnes atteintes à la suite de la X<sup>e</sup> conférence sur le sida.

homosexuelle. Ainsi, selon le tableau suivant, on observe depuis 1988 que la proportion de séropositifs s'est stabilisée aux alentours de 18% <sup>63</sup>.

Tableau 1 : Prévalence du VIH parmi les répondants testés dans les différentes enquêtes.

1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
-	22%	16%	19%	18%	20%	17%	18%	17%

La prévalence du VIH ne se répartit pas de façon homogène parmi les gais. Elle varie d'abord en fonction de l'âge comme nous aurons l'occasion de le montrer dans le chapitre 6 consacré aux jeunes : tandis que l'on compte 5% de personnes séropositives ou malades parmi les répondants de moins de 25 ans, ce taux est maximal entre 30 et 45 ans, puisqu'il dépasse les 20%, pour diminuer ensuite à partir de 45 ans et tomber à 12% après 50 ans. La prévalence du VIH varie également fortement selon le statut socio-économique des répondants. Contrairement au début de l'épidémie, ce sont actuellement les plus démunis qui payent le tribut le plus lourd. En effet, la prévalence du VIH est maximale parmi ceux qui ont un niveau d'études très faible : elle est ainsi de 21% chez les hommes qui ont un CAP, un certificat d'études ou encore aucun diplôme. On constate également qu'elle est plus forte chez les chômeurs<sup>64</sup> (24%) et parmi les divers inactifs (36%). Il apparaît enfin que la prévalence du VIH varie en fonction du lieu de résidence des répondants : la région parisienne reste la zone la plus touchée avec 22% de répondants atteints par le VIH contre 12% pour l'ensemble de la province.

Après avoir analysé le taux de prévalence du VIH dans les différents sous-groupes de la population homosexuelle, nous allons à présent étudier les caractéristiques des répondants touchés par le VIH. Nous disposons à ce jour de deux échantillons à partir desquels nous pouvons réaliser nos observations. Le premier a été construit à partir des résultats cumulés des enquêtes 1991 et 1992<sup>65</sup>, il comprend au total de 321 personnes atteintes par le VIH. Le second échantillon est quant à lui composé à partir de l'enquête 1993. A cette date, le succès de notre questionnaire auprès des lecteurs de la presse gaie nous a permis de recruter 453 hommes touchés par le VIH. Du point de vue de l'état clinique, cet échantillon se répartit entre 71% de répondants asymptomatiques, 21% qui ont des signes cliniques et 7% d'hommes qui se déclarent malades du sida<sup>66</sup>. On dispose ainsi d'un échantillon suffisamment important pour rendre compte des caractéristiques et des modes de vie des

<sup>63</sup> Ce résultat indique donc que le développement progressif du test parmi les répondants n'a pas modifié pour autant les taux de prévalence dans les échantillons successifs.

<sup>64</sup> On peut s'interroger sur la relation entre chômage et séropositivité. On aurait pu supposer que l'évolution vers la maladie pouvait aggraver les taux de chômage, or il n'en est rien. Que l'on soit actif ou chômeur, la proportion de malades et de séropositifs avec signes cliniques reste inchangée. Ce constat tendrait à prouver que contrairement aux débuts de l'épidémie, la contamination a tendance à se concentrer désormais dans les catégories les plus fragiles de la société.

<sup>65</sup> La base de référence 1991-1992 comprend tous les hommes séropositifs ou malades de l'enquête 1991 auxquels on ajoute ceux qui, en 1992, répondent pour la première fois à l'enquête.

<sup>66</sup> La composition de la base d'observation 1991-1992 était sur ce point relativement proche puisqu'elle comptait 65% de séropositifs asymptomatiques, 27% de répondants ayant des signes cliniques et 8% d'hommes malades du sida.

homo- et bisexuels contaminés lecteurs de la presse gaie. La comparaison avec les années précédentes permet de contrôler la stabilité et la robustesse des conclusions.

La pyramide des âges des séropositifs et des malades est très concentrée : dans l'échantillon 1993, neuf personnes atteintes sur dix ont entre 26 et 50 ans. Comparés aux autres répondants, ces hommes sont un peu moins diplômés ou ont, plus souvent que les autres, cessé leurs études prématurément. Leur statut socio-professionnel est également inférieur au reste de la population. Par ailleurs, en 1993 comme en 1991-1992, ils sont plus fréquemment que les autres touchés par le chômage. On note enfin que l'épidémie se concentre en région parisienne où vivent plus de la moitié des personnes atteintes de nos échantillons.

Le mode de vie des répondants touchés par le VIH permet également de les distinguer du reste de la population homosexuelle. Ces hommes ont en effet une sociabilité très marquée par leur orientation sexuelle : 28% des séropositifs ou des malades déclarent un cercle d'amis exclusivement homosexuel contre 19% pour le reste des répondants. Par ailleurs, plus que les autres répondants, les gais séropositifs ou malades vivent en couple homosexuel ouvert aux rencontres occasionnelles<sup>67</sup>. Ainsi, les hommes séropositifs de l'enquête ont globalement une activité sexuelle plus intense que les autres répondants. Ils sont d'abord plus nombreux à avoir des relations sexuelles plusieurs fois par semaine. En outre, ils déclarent un nombre plus important de partenaires : en 1993, 47% des hommes touchés par le VIH avaient plus de 10 partenaires dans l'année alors que cette proportion est de 31% pour les séronégatifs et de 20% pour les gais non-testés. Enfin, nous observons que la moitié environ des hommes séropositifs ou malades pratique " toujours " ou " souvent " la pénétration (active et/ou passive) avec leurs partenaires sexuels<sup>68</sup>.

Si ces caractéristiques tendent à définir un profil modal de l'homosexuel touché par le VIH, les personnes atteintes ne constituent cependant pas un groupe homogène. On retrouve ainsi parmi elles les différences de styles de vie socio-sexuels qui existent au sein de l'ensemble de la population homosexuelle<sup>69</sup>.

Nous allons à présent nous intéresser aux effets spécifiques du VIH sur la sexualité des gais contaminés et analyser leur niveau d'adaptation à l'épidémie.

---

<sup>67</sup> 26% des hommes touchés par le VIH vivent en couple ouvert avec plus de cinq partenaires dans l'année contre 23% des séronégatifs et 14% des gais non testés.

<sup>68</sup> 54% des hommes séropositifs ou malades pratiquent régulièrement la pénétration anale, ce taux est de 41% pour les séronégatifs et de 38% pour les gais non testés.

<sup>69</sup> Sur le thème des styles de vie, cf : Schiltz, 1993 : 28-33.

## 2. Les effets du VIH sur la sexualité et la gestion du risque.

Les gais touchés par le VIH - qui recherchent une information de qualité et contrôlée<sup>70</sup> - ont fortement modifié leurs comportements sexuels. En effet, comme les autres répondants, les quatre cinquièmes des hommes séropositifs ou malades de l'échantillon 1993 déclarent avoir opté pour le *safer sex* avec leurs partenaires de rencontre.

Dans le couple stable, les stratégies de gestion du risque varient en fonction du statut sérologique des partenaires.

Les couples stables pour lesquels les deux partenaires sont touchés par le VIH sont relativement fréquents : en effet, un homme séropositif ou malade sur trois a un partenaire également touché par le VIH. Dans ce cas, il apparaît que 58% des répondants déclarent avoir soit abandonné la pénétration (4%), soit, dans le cas le plus fréquent, opté pour une protection systématique de la pénétration (54%). Ces chiffres attestent donc que la majorité des gais séropositifs ayant un partenaire stable contaminé sont sensibles à l'argument selon lequel les personnes atteintes doivent éviter le risque de surcontamination. Il n'en demeure pas moins qu'une forte minorité néglige cette recommandation : ainsi 42% des hommes touchés par le VIH déclarent pratiquer avec leur compagnon également séropositif ou malade la pénétration "jamais" (32%) ou "occasionnellement" (10%) protégée.

Lorsque leur partenaire est séronégatif, 81% des répondants touchés par le VIH déclarent avoir soit abandonné la pénétration (14%), soit, dans le cas le plus fréquent, opté pour une protection systématique de la pénétration (67%). On constate ainsi que 19% des répondants séropositifs ou malades continuent à pratiquer la pénétration jamais ou occasionnellement protégée avec leur partenaire stable alors que celui-ci est de statut sérologique différent.

Bien que les séropositifs de l'enquête déclarent une forte adaptation à l'épidémie, nous constatons cependant que certains problèmes persistent dans les couples stables comme dans les rencontres occasionnelles. Les hommes touchés par le VIH sont en effet plus souvent que les autres répondants confrontés à des incidents de préservatifs. Même s'ils utilisent souvent et de manière appropriée des gels lubrifiants, les hommes séropositifs ou malades de l'enquête déclarent plus de ruptures de préservatifs que les autres répondants : 35% des hommes touchés par le VIH ont eu au moins une fois au cours de l'année un préservatif qui s'est déchiré contre 22% pour les séronégatifs et 14% pour les non-testés.

De même, les hommes séropositifs ou malades sont plus nombreux que les autres (26% contre 13%) à déclarer au moins une pénétration non protégée dans l'année avec un partenaire occasionnel de statut sérologique inconnu ou différent du leur. Selon M. Bochow qui dirige l'enquête allemande sur les comportements sexuels des gais, cette

---

<sup>70</sup> Dans l'ensemble, les gais contaminés accordent peu de confiance aux médias grand public et sont davantage à l'écoute des associations et du corps médical (presse médicale et médecins). Grâce au suivi médical dont ils bénéficient, le médecin est une source d'information essentielle pour 59% d'entre eux, soit trois fois plus que pour les séronégatifs et douze fois plus que pour les non-testés. Contrairement aux autres gais, ils accordent plus de crédit aux conseils de leur médecin qu'à ceux qu'ils peuvent lire dans la presse gaie. Un partage tout aussi net s'opère sur les contenus de l'information. Tandis que les non-testés et les séronégatifs sont demandeurs de messages sur les modes de transmission et le *safer sex*, ceux qui sont contaminés recherchent plus d'information sur les traitements, l'évolution de la maladie et les associations d'aide.

déclaration de risque plus importante, que l'on retrouve en France comme en Allemagne, est liée au fait que les personnes atteintes ont une sensibilité plus forte aux risques encourus et mémorisent mieux les accidents. Selon cet auteur, “ *si les séropositifs parlent plus souvent de contacts sexuels à risque, cela peut indiquer qu'ils rendent compte beaucoup plus scrupuleusement de leurs relations sexuelles que les hommes qui n'ont pas le problème d'être séropositifs ou qui ne le savent pas* ” (Bochow, 1993). Nos analyses confirment effectivement cette hypothèse (chapitre 3) : placés dans des situations identiques d'exposition au risque, les hommes séropositifs sont toujours plus nombreux que les autres à rendre compte de prises de risques<sup>71</sup>. Mais même en tenant compte de cette hypothèse - selon laquelle les personnes atteintes ont tendance à restituer plus fidèlement leurs prises de risque - on ne peut cependant négliger l'influence de l'activité sexuelle sur le taux de déclaration de pénétrations à risque.

Tableau 3 : Taux de déclarations d'au moins une “ pénétration à risque ” en fonction du nombre de partenaires

	1 à 5	6 à 10	11 à 20	plus de 20
séronégatifs, non-testés	7% (n=89)	17% (n=79)	22% (n=82)	26%(n=107)
séropositifs ou malades	11% (n=16)	27% (n=18)	34% (n=28)	40% (n=50)

Ainsi, selon ce tableau, pour les répondants séropositifs ou malades, le pourcentage d'hommes qui déclarent au moins une pénétration non protégée avec un partenaire de statut sérologique discordant ou inconnu varie fortement en fonction du nombre de leurs partenaires : il passe de 11% pour les répondants séropositifs ou malades ayant moins de 5 partenaires dans l'année à 40% pour ceux qui ont plus de 20 partenaires. Parmi les séronégatifs et les non-testés - bien que ces taux soient toujours inférieurs : respectivement 7% et 26% - on observe la même tendance. Cette corrélation - qui se retrouve quelles que soient les stratégies de protection déclarées - laisse à penser qu'un certain style de vie très centré sur la drague homosexuelle - celui que les Australiens nomment “ *fast lane lifestyle* ” (Gold, Skinner, Ross, 1994) - conduit à multiplier les situations où un incident technique d'usage du préservatif ou encore une défaillance (psychologique) de la personne peuvent se produire. Qu'ils soient séropositifs ou séronégatifs, il s'agit dès lors d'inciter les hommes les plus actifs sexuellement à la prudence tout en respectant, par ailleurs, leur choix de vie.

La présence du VIH n'a pas seulement une forte incidence sur la sexualité des personnes atteintes en leur imposant une gestion plus rigoureuse du risque de surcontamination ou de contamination de leurs partenaires : la séropositivité et, plus encore, la maladie entraîne comme on va le voir des réorganisations dans de nombreux domaines de la vie quotidienne.

---

<sup>71</sup> Rappelons simplement que 93% des hommes séropositifs ou malades qui pratiquent la pénétration avec des partenaires de rencontre sans se protéger systématiquement rendent compte d'au moins une pénétration non protégée dans l'année. Ce taux n'est que de 67% parmi les hommes séronégatifs qui sont dans la même situation. Ces résultats tendent à montrer que la conscience du risque des hommes séropositifs semble être “ incorporée ” : leur évaluation du risque est en effet très proche de celle que l'on peut effectuer en reprenant les critères de la santé publique.



### 3. L'incidence du VIH dans la vie quotidienne.

La première modification tient au fait que les personnes atteintes entrent en contact avec la médecine ou redoutent d'avoir à le faire puisque la séropositivité constitue un " état à risque de maladie " (Weitz, 1989 ; Carricaburu et Pierret, 1992).

#### *Couverture sociale et accès au soins*

En 1993, 95% des répondants bénéficient d'une couverture sociale. Parmi les assurés, 41% ont des mutuelles complémentaires, 49% sont pris en charge à 100% en raison de leur état de santé et 5% bénéficient de l'aide médicale gratuite. Dans la mesure où les 5% de séropositifs qui n'ont pas de couverture sociale sont essentiellement des hommes asymptomatiques, on peut penser que les personnes atteintes sont prises en charge socialement dès qu'il y a évolution vers la maladie. Après avoir évalué le niveau de couverture sociale des séropositifs et des malades de notre échantillon, nous allons nous intéresser à leur accès aux consultations et aux soins médicaux.

Parmi les répondants séropositifs ou malades, 93% déclarent se faire suivre médicalement. La répartition de ce suivi médical entre la médecine de ville ou la médecine hospitalière varie en fonction de l'état clinique des répondants. Pour les séropositifs asymptomatiques, le choix semble être ouvert : en effet, un tiers d'entre eux confie sa santé à un praticien libéral, un autre tiers préfère les services hospitaliers, enfin, le dernier tiers a recours à ces deux types de médecine. Au total, six séropositifs sur dix fréquentent un service hospitalier que ce soit de façon exclusive ou non. Comme l'écrivent T. Apostolidis *et al.* (1991), la prise en charge médicale du VIH atteste aujourd'hui du poids central de l'hôpital. Celui-ci est devenu le lieu pivot d'orientation alors que la médecine de ville a vu son rôle se transformer<sup>72</sup>. Cette caractéristique est encore accentuée par l'entrée dans la maladie. En effet, dans ce cas, on note une évolution de la répartition précédente puisque le suivi hospitalier concerne désormais neuf malades du sida sur dix.

Après avoir analysé le cadre de la prise en charge, nous donnerons quelques chiffres qui en spécifient la nature. En 1993, la grande majorité des hommes contaminés (93%) surveillent régulièrement leur état de santé en se soumettant à des bilans. On note également que 43% des répondants atteints par le VIH ont un traitement. Plus précisément, un tiers des séropositifs asymptomatiques déclarent être dans cette situation. Avec l'apparition des premiers signes cliniques, ce sont les deux tiers des répondants séropositifs qui sont sous traitement. Cette situation est enfin déclarée par la quasi totalité des hommes malades du sida. On note également que 20% des répondants contaminés de notre échantillon participent à un protocole thérapeutique. Cette participation augmente avec l'évolution vers la maladie. Notre questionnaire permet enfin de repérer les taux d'hospitalisation des répondants touchés par le VIH. 4% des hommes séropositifs sans signe clinique déclarent

---

<sup>72</sup> Selon ces auteurs, la médecine de ville est souvent soupçonnée d'incompétence technique ou de rejet des personnes atteintes. Par ailleurs, la gestion de la séropositivité semble avoir fait évoluer le rôle du médecin généraliste dans la mesure où les patients considèrent souvent que le médecin doit réaliser une part du travail de soutien psychologique. Ainsi, en cas de forte implication du médecin généraliste, celui-ci assume une fonction proche du travail social, qui s'étend des soins bénins jusqu'au soutien psychologique.

avoir été hospitalisés. Ils sont 21% à l'avoir été parmi les répondants séropositifs qui ont des signes cliniques mineurs. En revanche, les deux tiers des sidéens ont été hospitalisés.

Nos observations montrent ainsi qu'en 1993, les homosexuels contaminés de notre échantillon ont largement accès aux soins (consultations médicales et bilans, traitements et participations aux protocoles) : en effet, sur les 453 séropositifs, seuls six d'entre eux ne déclarent aucune consommation médicale. Selon nos observations, cet accès global aux soins est indépendant de l'origine sociale des individus.

L'expérience du VIH ne se réduit cependant pas aux contacts entretenus avec le monde médical : elle déborde au contraire dans toutes les sphères de la vie quotidienne comme c'est le cas pour de nombreuses maladies chroniques<sup>73</sup>.

### *La séropositivité et la réorganisation de la vie*

En 1993, l'enquête comportait une série de questions destinées à déterminer les éventuelles réorganisations de la vie quotidienne, sociale et affective des séropositifs, en fonction d'une recomposition des priorités induites par une incertitude face à l'avenir et/ou des limites imposées par le suivi médical et l'atteinte physique.

Les deux tiers des répondants déclarent avoir modifié leur façon de vivre depuis qu'ils se savent séropositifs. Dans la mesure où il s'agit de gérer un problème de santé, ces hommes se déclarent d'abord attachés à une certaine hygiène de vie. Comme le remarquaient déjà D. Carricaburu et J. Pierret (1992), les gais séropositifs prennent soin de leur corps et recourent parfois à la vitamino-thérapie. Ce faisant, ils souhaitent renforcer leur potentiel physique et tentent de retarder le déclenchement de la maladie. On retrouve cette caractéristique chez les homosexuels contaminés de notre échantillon qui, pour les deux tiers, recherchent une meilleure hygiène de vie. C'est surtout avec l'apparition des premiers symptômes que se renforce cette gestion de la santé au quotidien. En revanche, avec l'entrée dans la maladie, la recherche d'une vie quotidienne plus saine semble perdre de son attrait.

Les modifications qui s'opèrent suite à l'irruption du VIH touchent également les sphères professionnelles, amicales et familiales. On repère ainsi certains repositionnements quant à l'importance respective qui est accordée à ces différentes sphères. Les hommes touchés par le VIH qui accordent plus d'importance à leur travail sont exceptionnels. On constate même que 23% des gais touchés par le VIH semble réorganiser leur vie au détriment de leur activité professionnelle. Généralement, la révision des priorités s'effectue plutôt au bénéfice de la vie relationnelle et affective. Ainsi, 48% des répondants concernés donnent plus d'importance aux relations amicales et 33% accordent plus d'importance aux liens familiaux. Seulement 5% se replient exclusivement sur leur famille.

Il nous est difficile de dire si ces réorganisations sont subies ou voulues. On peut d'abord considérer que les personnes séropositives ou malades opèrent ces changements dans leur vie quotidienne afin d'avoir sentiment de garder un certain contrôle sur le cours des événements. On sait que l'évolution vers la maladie impose des restrictions : ainsi 12% des

---

<sup>73</sup> Sur ce thème on peut se reporter Isabelle Baszanger (1986), "*Les maladies chroniques et leur ordre négocié*" ainsi qu'à P. Adam et C. Herzlich, (1994), chapitre 7, "*l'expérience de la maladie dans tous les lieux de la vie sociale*".

répondants atteints par le VIH déclarent que les soins, la fatigue ont entraîné des modifications dans leur vie. Celles-ci s'opèrent surtout dans leur travail (8%) et, dans une moindre mesure, dans leurs relations amicales ou familiales.

Ces modifications dans les relations avec autrui ne peuvent être analysées sans tenir compte de la façon dont les hommes contaminés divulguent ou cachent leur état sérologique.

### *Gestion du stigmatisme et acceptation sociale perçue*

Comme l'a montré E. Goffman dans son ouvrage *Stigmatisme. Les usages sociaux des handicaps* (1975), certains attributs disqualifient les personnes qui les portent, celles-ci faisant l'objet d'une stigmatisation<sup>74</sup>. Ces analyses ont été largement reprises par les sociologues analysant l'expérience du VIH. Comme l'ont montré les travaux français de M. Pollak et M. A. Schiltz (1987) ainsi que ceux de D. Carricaburu et J. Pierret (1992) et, par ailleurs, les travaux américains de K. L. Sanstrom (1988), de R. Weitz (1990) ou de R. Hays *et al.* (1993), la gestion du secret constitue le pivot central de l'expérience quotidienne de nombreuses personnes atteintes. Les résultats de notre enquête montrent qu'en 1993, l'information reste très contrôlée à l'égard du milieu professionnel puisque les trois quarts des répondants touchés par le VIH dissimulent leur état à leurs collègues de travail<sup>75</sup>. Vis-à-vis de leur famille, on note, par ailleurs, que la moitié des homosexuels concernés gardent secret leur contamination. La confiance s'effectue plutôt auprès de leurs amis bien que pour un tiers des répondants touchés par le VIH, les amis sont également exclus de la confiance.

Même si, depuis le début de l'épidémie, le fait de révéler sa séropositivité semble être devenu un peu plus facile, il reste encore beaucoup de progrès à faire dans ce domaine : on peut en donner pour preuve le fait qu'un séropositif sur dix ne se confie à personne, ce taux restant inchangé depuis cinq ans. Les situations d'exclusion et de marginalisation, bien que minoritaires, persistent : ainsi 7% des séropositifs et des malades du sida se sentent exclus en raison de leur contamination, cet ostracisme se manifeste surtout dans les cercles professionnel et familial.

Si la gestion du secret est particulièrement forte pour les répondants séropositifs, nous constatons que l'évolution de l'état de santé contraint les gais à dire plus souvent leur contamination. Des variations existent cependant suivant les interlocuteurs.

Le compagnon, quand il existe, est le premier confident. Ainsi, parmi les homosexuels touchés par le VIH et déclarant un partenaire stable (236 personnes sur 453, soit 52%), 89% ont dit leur séropositivité à leur compagnon. Cette confiance n'évolue guère en fonction de l'état de santé : 88% des personnes séropositives avec ou sans signe clinique ont dit leur séropositivité ; avec l'entrée dans la maladie tous les compagnons sont au courant.

---

<sup>74</sup> Dans cet ouvrage, “ le mot *stigmatisme* (sert) à désigner un attribut qui jette un discrédit profond, mais il faut bien voir qu'en réalité c'est en termes de relations et non d'attributs qu'il convient de parler ”. ( p.13)

<sup>75</sup> On retrouve ici le constat effectué par T. Apostolidis *et al* (1991) selon lequel, c'est sur le lieu de travail que les individus redoutent le plus la divulgation de leur statut sérologique. Outre les situations de rejet sur le lieu de travail, certains pourraient en effet redouter une perte d'emploi.

Après le compagnon, ce sont les amis qui sont le plus facilement mis dans la confiance. 73% des séropositifs sans signe clinique ont parlé de leur situation à leurs amis. Ce taux évolue peu avec les premiers signes cliniques (76%). Il faut attendre l'entrée dans la maladie pour que les hommes touchés par le VIH qui sont restés jusque là discrets sur leur état en parlent à leurs amis (85%).

La situation avec la famille est plus ambiguë. Ainsi, 42% des répondants séropositifs asymptomatiques ont dit leur contamination à un membre de leur famille et c'est aux premiers signes cliniques que la rupture du silence s'opère, ce taux passe alors à 60%. Par la suite, avec l'entrée dans la maladie, ce taux reste pratiquement inchangé (64%). On remarque donc que plus du tiers des hommes malades n'ont pas pu informer leur famille.

Nous avons déjà constaté que la gestion du secret est la plus forte vis-à-vis du milieu professionnel (ainsi le quart seulement des hommes touchés par le VIH ont fait part de leur état à leurs collègues). Ce taux reste stable jusqu'à ce que les marques de la maladie ne peuvent plus être dissimulées : alors que 23% des séropositifs sans signe et 27% des séropositifs avec signes ont dit leur contamination à leurs collègues, ce taux s'élève à 42% pour les hommes malades du sida. On peut noter cependant que la majorité des hommes malades restent discrets vis-à-vis de leur milieu professionnel.

On voit donc que les gais touchés par le VIH mettent en place une gestion du secret raisonnée qui prend en compte la nature de la relation qu'ils entretiennent avec leur interlocuteur et leur propre état clinique.

La gestion du secret peut être motivée par des raisons très diverses. L'une d'entre elles renvoie à la volonté d'éviter des rejets éventuels liés, par exemple, aux craintes inconsidérées de contamination dans sa vie quotidienne. Il peut s'agir également de refuser d'être considéré comme une personne dont l'espérance de vie est menacée. Certains homosexuels gardent secret leur sérologie afin de protéger l'entourage de cette mauvaise nouvelle. Pour d'autres, la non divulgation de la séropositivité peut tenir à la crainte d'un dévoilement, redouté par certains hommes, de leur homosexualité. Pour ces hommes, la gestion du secret tient alors au fait que l'homosexualité constitue une identité souvent "indécidable" (Pollak, Schiltz, 1987). Si nos enquêtes permettent pas d'explorer les raisons de la discrétion de certains sur leur état de santé, elles montrent cependant que la contamination par le VIH conduit au dévoilement de l'homosexualité et, de ce fait, pour les hommes qui avaient préféré taire leur homosexualité cette révélation peut être problématique.

Tableau 4 : L'homosexualité est inconnue:

	séropositifs ou malades	séronégatifs et non-testés
du père	27%	45%
de la mère	20%	38%
des frères et des soeurs	15%	31%
des collègues	25%	37%
des amis hétérosexuels	13%	28%

Le tableau précédent montre qu'alors même que la moitié des pères des répondants séronégatifs et des non-testés ne connaît pas l'orientation sexuelle de leur fils, ils ne sont plus qu'un tiers à l'ignorer lorsque celui-ci est séropositif. Que ce soit auprès des autres membres de leur famille, de leurs amis hétérosexuels et de leurs collègues, ce dévoilement de l'homosexualité opéré par les gais touchés par le VIH est toujours plus important que celui des séronégatifs. Il s'agit dès lors d'examiner si ce dévoilement modifie la façon dont les répondants se sentent acceptés ou rejetés par leur entourage.

Bien qu'ils rompent plus facilement le silence quant à leur orientation sexuelle, les taux d'acceptation ou de rejet de l'homosexualité des séropositifs ne diffèrent pas de ceux des autres homosexuels. La divulgation de la situation à VIH n'entraîne donc pas une tolérance plus grande à l'égard de l'homosexualité. Comme pour les séronégatifs ou les non-testés, deux homosexuels touchés par le VIH sur cinq rendent compte du rejet latent ou manifeste de leur père (ce taux est de un sur trois pour la mère). La rupture du silence quant à l'homosexualité peut donc dans certains cas révéler l'opprobre de l'entourage et ainsi aggraver la situation psychologique d'individus fragilisés par le choc de l'annonce de la séropositivité. Or selon, nos analyses, il apparaît nettement qu'un entourage tolérant à l'égard de l'homosexualité favorise l'annonce de la séropositivité ou de la maladie.<sup>76</sup>

La gestion du secret concernant la contamination et les situations de marginalisation perçues n'existent pas uniquement vis-à-vis de l'entourage hétérosexuel. La stigmatisation des personnes atteintes existe aussi à l'intérieur de la population homosexuelle, comme l'a montré M. R. Kowalewski (1988) dans son article "*Double Stigma and Boundaries Maintenance. How Gay Men Deal with AIDS*". Les résultats de notre enquête montrent qu'au sein même de la population homosexuelle la divulgation de la séropositivité s'avère être un pas difficile à franchir. Dans le questionnaire, nous avons demandé aux répondants s'ils pensaient que "*pour éviter les discriminations, un séropositif à intérêt à garder son diagnostic secret*". 48% des personnes contaminées se déclarent "*tout à fait d'accord*" avec cette assertion et 37% sont "*plutôt d'accord*". Ainsi, au total, 85% des séropositifs approuvent cette proposition. Il apparaît dès lors que le problème de l'acceptation sociale des gais séropositifs ou malades ne tient pas uniquement à un problème d'acceptation sociale de l'homosexualité.

La divulgation de l'état clinique conditionne en partie les possibilités d'obtenir un soutien provenant de l'entourage.

### ***Le soutien social***

Traditionnellement, la famille constitue une ressource importante dans la gestion de la maladie : elle apporte du soutien moral ou matériel et elle joue également un rôle central dans la production domestique de soins. Dans le cas du sida, son rôle semble être moins

---

<sup>76</sup> La confiance sur la séropositivité est très marquée par le sentiment d'être accepté en tant qu'homosexuel. Ainsi, les séropositifs qui se perçoivent plutôt en situation de rejet sont les moins communicatifs. la moitié à peine ont dit leur séropositivité à leurs amis hétérosexuels, moins d'un quart a osé en parler à un membre de sa famille et un sur dix dans son milieu de travail. Le sentiment d'être accepté, au contraire, est associé à une plus grande liberté de parole puisque, dans ce cas, quatre homosexuels sur cinq ont fait part de leur séropositivité à leurs amis homosexuels, plus de la moitié en ont parlé à des membres de leur famille et un tiers d'entre eux se sont confiés à des collègues. Incontestablement nos observations montrent qu'un entourage tolérant favorise la communication sur la séropositivité.

prépondérant que pour d'autres pathologies. On observe en effet que des réseaux affectifs plus larges interviennent qui sont constitués par les amants ou des amis des séropositifs ou des malades. Cette caractéristique de la prise en charge profane du VIH a été mise en évidence, pour la population homosexuelle, par M. Pollak (1988) mais aussi par M. Perreault et N. Savard (1992) dans un article sur les "aidants naturels" de personnes malades du sida vivant au Québec. Si ces auteurs nous invitent à prendre en compte le travail de cette "famille élargie", composée le plus souvent d'autres homosexuels, la solidarité parmi les gais est loin d'être totale. Plus de la moitié (56%) des répondants séropositifs ou malades de notre enquête réfutent l'idée selon laquelle "*la menace du sida ait pu renforcer la solidarité entre homosexuels*". Par ailleurs, les trois quarts des gais s'accordent pour penser que "*même entre homosexuels, les séropositifs sont parfois marginalisés*". Par ailleurs, avec l'évolution vers la maladie, on constate une diminution de l'activité sexuelle mesurée en nombre de partenaires et fréquence de l'activité sexuelle. Ce retrait pourrait renforcer le sentiment d'isolement des homosexuels qui avaient centré leur mode de vie sur la drague.

L'enquête montre que certains répondants séropositifs ou malades se tournent vers les associations de lutte contre le sida. Le taux de participation à ces structures est de 20% parmi les personnes atteintes, de 10% parmi les séronégatifs et enfin de 5% parmi les gais non-testés. Issues le plus souvent d'une mobilisation à l'origine homosexuelle, ces associations constituent des ressources importantes dans la gestion de la situation à VIH des gais séropositifs ou malades (Adam, 1995). L'activité de ces associations a d'abord une visée "instrumentale" en fournissant à leurs membres des services sociaux, juridiques et parfois financiers. Elles leur permettent aussi de trouver de l'information sur la maladie et les traitements disponibles. On constate ainsi que la participation à des essais thérapeutiques est plus forte parmi la population associative : 36% des homosexuels contaminés qui sont engagés à la fois dans des associations homosexuelles et de lutte contre le sida participent à un protocole ; ce taux tombe à 17% pour ceux qui n'ont qu'une forme d'engagement. Les associations de lutte contre le sida permettent également aux personnes atteintes de trouver un soutien émotionnel. Ces structures, et plus particulièrement les groupes de paroles qu'elles mettent en place, fonctionnent en effet comme des lieux d'apprentissage d'un certain mode de vie avec le VIH (Adam et Herzlich, 1994 ; Adam, 1995).

## **Conclusion**

Bien qu'ayant massivement adoptés des comportements préventifs, une forte minorité d'homosexuels touchés par le VIH de nos enquêtes rendent compte aujourd'hui encore de leurs difficultés à mettre en oeuvre un système de protection parfaitement efficace. Certains d'entre eux sont confrontés aux mêmes problèmes que les autres homosexuels de l'enquête qui déclarent une sexualité intense avec de nombreux partenaires. La prévention, tout en respectant leur mode de vie, doit donc inciter à la prudence ces hommes.

On sait par ailleurs que même s'ils constituent des facteurs diffus, le sentiment d'intégration sociale et le bien-être psychologique sont nécessaires à l'adoption de comportements de

prévention. Si ce problème d'intégration se pose déjà pour les personnes homosexuelles, il est encore plus saillant pour celles qui, de plus, sont séropositives. Même si l'on perçoit, au fil des ans, des signes d'une plus grande tolérance, il reste encore beaucoup à faire pour que la majorité des séropositifs se départissent de leur réserve sur un sujet qui, d'une façon ou d'une autre, bouleverse leur vie : pour mémoire, en 1993, un séropositif sur dix ne se confie à personne. L'impératif de prévention doit donc être également articulé avec un souci de solidarité à l'égard des personnes atteintes.

## Bibliographie

Adam, P. (1995) : *Expérience intime et action collective : les homosexuels et les personnes atteintes dans les associations françaises de lutte contre le sida*, thèse de sociologie en cours à l'EHESS, sous la direction de C. Herzlich.

Adam, P., Herzlich, C. (1994) : *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Paris, Nathan Université (Collection Sociologie 128).

Adam P., Paicheler G., Quemain, A. (1995) : 'Les personnes atteintes'. in *Prospective SIDA 2010. Le sida en France : Etat des connaissances en 1994*. Paris, ANRS : 153-156.

Apostolidis T., Bessin M., Bungener M., Masclat O., Thiaudière C., Zuber M.C., (1991) : *Itinéraires sociaux et formes de gestion du sida*, Paris, Rapport AFLS/DGS/DH.

Baszanger I. (1986) : 'Les maladies chroniques et leur ordre négocié', *Revue française de Sociologie*, XXVII(1) : 3-27.

Bochow M. (1993) : 'La sexualité à risque existe-t-elle ?'. *Conférence du GREH* du 26 mars 1993.

Carricaburu D., Pierret J. (1992) : *Vie quotidienne et recompositions identitaires autour de la séropositivité*. Paris, CERMES.

De Vincenzi I. (1993) : La transmission hétérosexuelle du VIH dans une cohorte de couples. *Transcriptase*, 20 : 20-21.

Goffman E. (1975) : *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris, Editions de Minuit.

Gold R.S., Skinner M.J., Ross M.W. (1994) : 'Unprotected Anal Intercourse in HIV-infected and non-HIV-infected Gay Men'. *The Journal of Sex Research*, 31(1): 59-77.

Hays R.B., McKusick L., Pollack L., Hilliard R., Hoff C., Coates T.J. (1993) : 'Disclosing HIV Seropositivity to Significant Others'. *AIDS*, 7: 425-431.

Kowalewski M. R. (1988) : 'Double Stigma and Boundaries Maintenance. How Gay Men Deal with AIDS', *Journal of Contemporary Ethnography*, 17(2) : 221-228.

Perreault M., Savard N. (1992) : 'Le vécu et l'implication d'aidants naturels de personnes vivant avec le VIH', *Santé mentale au Québec*, XVII(1) : 11-130.

Pierret J. (1994) : 'La sexualité des personnes atteintes'. *Le Journal du Sida - Transcriptase*. N° spécial : Yokohama : X° conférence internationale sur le sida : 81-82.

- Pollak M. (1988): *Les Homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*. Paris, Editions Métailié.
- Pollak M., Schiltz M.-A. (1987) : 'Identité sociale et gestion d'un risque de santé'. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 68: 77-102.
- Pollak M., Schiltz M.-A. (1991) : *Six années d'enquêtes sur les homo- et bisexuels masculins face au sida. Livre des données*, Rapport de fin de contrat ANRS. Paris, Groupe de Sociologie Politique et Morale.
- Sanstrom K. L. (1988) : 'Confronting Deadly Disease. The Drama of Identity Construction Among Gay Men With AIDS', *Journal of Contemporary Ethnography*, 17(2) : 271-294.
- Schiltz M.-A. (1993) : *Les homosexuels face au sida : Enquêtes 1991-1992*. Rapport de fin de contrat à l'ANRS. Paris, Centre d'Analyse et de Mathématique Sociale.
- Schiltz M.-A. (1994) : 'Les homosexuels séropositifs : trois années d'enquêtes'. *Les personnes atteintes : des recherches sur leur vie quotidienne et sociale*. Paris, Editions de l'ANRS : 41-53.
- Weitz R. (1989) : 'Uncertainty and the Lives of Persons with AIDS', *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3) : 270-281
- Weitz R. (1990) : 'Living with the stigma of AIDS'. *Qualitative Sociology*, 13(1) : 23-38.



## Chapitre 6 - Les jeunes homo- et bisexuels de l'enquête 1993.

Dans cet article, nous analysons le parcours de jeunes homo- et bisexuels masculins à partir de l'enquête réalisée dans la presse gaie en 1993. Ces jeunes gens sont confrontés à une double contrainte : comme les autres jeunes de leur génération, ils sortent de l'adolescence pour passer à l'âge adulte mais, dans cette période de transition, ils doivent également composer avec une orientation sexuelle spécifique. Cette dernière pèse sur leurs choix de vie et leur impose également de gérer le risque VIH dès le début de leur carrière sexuelle dans un contexte épidémiologique où la prévalence du virus est très forte.

Pour appréhender cette période de transformation, notre réflexion s'est d'abord appuyée sur un nombre important de recherches menées sur le thème de la jeunesse. Dans son article, "*La jeunesse n'est qu'un mot*", P. Bourdieu (1980) nous invite à prendre de la distance vis-à-vis de l'idée selon laquelle le simple critère biologique permettrait de définir un état de jeunesse. Ainsi, à âge biologique égal, l'étudiant et le jeune ouvrier auront des statuts extrêmement différents. Plutôt que de décider d'un âge arbitraire au-delà duquel on ne serait plus jeune, âge qui varie dans la plupart des travaux, nous avons délibérément opté pour une définition large de notre groupe de "jeunes". Nous suivons les répondants de notre enquête jusqu'à 30 ans, ce qui nous permettra de rendre compte des différents temps de leur autonomie. Divers travaux ont en effet montré qu'entrer dans la vie adulte, c'est franchir des étapes dont les principales sont l'entrée dans la vie sexuelle, le départ du foyer familial et l'entrée dans la vie professionnelle. Ces passages peuvent se produire simultanément ou être très décalés dans le temps. Une importante littérature sociologique (Béjin, 1983 ; Giami *et al.*, 1987 ; Galland, 1991 ; Bozon, Villeneuve-Gokalp, 1994) s'est attachée à décrire les modifications qui sont intervenues ces dernières années et qui ont conduit à une dissociation des autonomies économique, affective et sexuelle. On a ainsi pu qualifier l'allongement de la durée du processus séquentiel d'affranchissement "*d'interminable adolescence*" (Alléon *et al.* 1985 ; Lebras, 1983).

En nous appuyant sur des études menées en population générale<sup>77</sup>, nous tenterons de déterminer si les processus d'affranchissement des jeunes homosexuels sont identiques à ceux des autres jeunes ou bien, si une sexualité hétérodoxe influe sur leur trajectoire. Au cours de cette période de la vie, les jeunes gais sont invités à endosser les rôles sociaux traditionnels de l'homme adulte qui ne correspondent pas forcément à leur sexualité. On sait que cette situation entraîne des conséquences identitaires. En effet, ces jeunes sont amenés à se redéfinir en fonction de leurs désirs hétérodoxes. Comme le soulignait Michael Pollak (Pollak, 1988), le jeune adulte doit désormais composer avec un nouveau rôle, celui de l'homosexuel, alors même qu'il avait éventuellement été amené à le mépriser. A.

---

<sup>77</sup>Pour établir cette comparaison, nous nous appuyons sur l'importante production des études socio-démographiques de ces dernières années : enquêtes " Famille " menée par l'INSEE en 1990 à l'occasion du recensement et, par ailleurs, enquête " Analyse des Comportements Sexuels en France " (Spira, Bajos, 1992). L'enquête sur l'Analyse des Comportements Sexuels des Jeunes (ACSJ) n'est pas intégrée dans cette comparaison : d'une part elle s'intéresse aux 15-18 ans (tranche d'âge très mal représentée dans notre étude) et d'autre part les analyses n'ont, à ce jour, pas été menées à terme.

Strauss a parfaitement analysé la culpabilité et la haine de soi pouvant émerger “ *lorsque l'on découvre que sa propre identité relève d'un groupe que l'on méprisait et insultait* ” (Strauss, 1992). Afin de prendre en compte ces dimensions identitaires, nous étudierons la façon dont les jeunes gais définissent leur identité sexuelle et nous aborderons la question de la bisexualité réelle ou fictive. Dans le cas des jeunes homo- et bisexuels, nous étudierons, par ailleurs, les conséquences concrètes que peut exercer leur orientation sexuelle sur leur choix scolaires, professionnels, etc. On sait en effet que les itinéraires des homosexuels se caractérisent par des migrations géographiques spécifiques. Par ailleurs, pour trouver des interlocuteurs plus tolérants, ces hommes ont tendance à constituer des cercles de relations indépendants de ceux de leur famille d'origine. C'est donc l'environnement social conditionnant les possibilités de l'épanouissement sexuel et affectif des jeunes répondants homo- et bisexuels qui sera abordé dans un premier temps.

Les jeunes gais ne sont cependant pas uniquement confrontés au problème de la mise en place d'un mode de vie permettant l'épanouissement de leur orientation sexuelle : ils doivent également gérer le risque de contamination par le VIH. Nous analyserons donc, dans un second temps, la façon dont ces jeunes se sont adaptés au risque de contamination induit par la présence du sida. Comme le souligne C. Thiaudière, la “ *jeunesse* ” est un objet de préoccupation pour les responsables de la prévention dans la mesure où cette catégorie est d'abord perçue à travers son instabilité. Les intervenants de la prévention considèrent que, dans le cas de certains jeunes gais, cette période de la vie peut se transformer en un épisode chaotique et/ou conduire à une rupture avec le milieu d'origine. Certains jeunes homo ou bisexuels cumulent donc des facteurs d'instabilité qui favoriseraient, selon l'opinion commune, “ *des relations sexuelles multiples et des conduites sans discernement, c'est-à-dire sans raison* ” (Thiaudière, 1994). Depuis plusieurs années, l'idée selon laquelle la “ *jeunesse homosexuelle* ” serait plus à risque que ses aînés s'est imposée (Hays *et al.*, 1994 ; Choi *et al.*, 1994 ; Van Griensen *et al.*, 1994) sans qu'il soit possible de dire si cette thèse est le résultat d'une construction sociale de la jeunesse comme catégorie à risque ou bien si cette assertion s'appuie sur des données objectives. Nous nous proposons donc, dans une optique préventive, de déterminer si les jeunes de nos échantillons sont moins bien informés ou encore plus insoucians que leurs aînés face au sida. Après avoir mis en évidence les particularités de la transition de l'adolescence homosexuelle vers l'âge adulte, nous pourrons mieux appréhender les problèmes spécifiques que rencontrent les jeunes dans leur adaptation au risque induit par le VIH.

Comme l'indiquent les développements précédents, l'âge constitue une variable essentielle de notre analyse. Nous nous proposons en effet de suivre les étapes du processus d'affranchissement des jeunes homosexuels et les allures originales qu'il prend par rapport à l'ensemble des jeunes de leur génération. Il s'agit également de voir s'il existe, selon l'âge des répondants, des modalités particulières d'exposition au risque (VIH et MST) ainsi que de gestion de la prévention. Dans la mesure, où au sein d'une même classe d'âge, se cachent des “ *univers sociaux qui n'ont pratiquement rien de commun* ” (Bourdieu, 1980), nous avons souhaité terminer notre analyse par une analyse factorielle multivariée qui fait ressortir en plus de l'âge les autres facteurs sociaux structurant notre population.

Les modalités de transition vers l'âge adulte sont en effet multiples tout comme les modalités de gestion du risque et les situations d'exposition au risque, elles varient en fonction des conditions de vie des individus.

Avant d'aborder ces différents points, il convient de décrire l'échantillon des jeunes répondants sur lequel se fonde notre analyse.

## 1. Description et analyse des biais de l'échantillon 1993

### *1993, le rajeunissement de l'échantillon*

Au fil des ans, la composition démographique de nos échantillons s'est modifiée ; les échantillons de lecteurs de *Gai Pied Hebdo* n'ont cessé de vieillir. Comme le montre le tableau 1, jusqu'en 1987, la moyenne d'âge des répondants se situe entre 32 et 33 ans. A partir de 1988, cette moyenne augmente significativement pour se stabiliser autour de 35 ans (à l'exception de la dernière année).

Tableau 1 : Composition par tranche d'âge des échantillons de 1985 à 1993

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993
20 ans ou moins	7%	7%	6%	4%	4%	3%	3%	3%	3%
21-25 ans	21%	15%	21%	15%	18%	18%	14%	13%	19%
plus de 25 ans	72%	78%	72%	81%	78%	79%	83%	84%	79%
Age moyen	31.8	33.1	32.2	34.9	34.3	34.6	34.9	35.0	33.4
écart-type	9.4	-	9.8	10.8	10.5	10.9	10.7	10.4	9.9

Au début de notre cycle d'observation, c'est-à-dire en 1985, 6 à 7% des répondants avaient 20 ans au plus. Depuis, la part relative des plus jeunes s'est effritée. Ainsi, en 1993, elle est inférieure à 3%. Le succès relatif des premières années concernant le recrutement de cette classe d'âge pourrait s'expliquer par les caractéristiques de *Gai Pied*. Non seulement cette publication était le porte-parole d'une affirmation publique d'homosexuels mais elle avait également droit de cité dans une expression marginale qui dépassait le cadre communautaire. Cette possibilité n'existe plus. Les périodiques homosexuels sont désormais très spécialisés et leur achat devient un acte d'affirmation de ses préférences sexuelles que les plus jeunes ne sont pas tous prêts à faire.

Jusqu'en 1992, le vieillissement progressif de notre échantillon n'est que le reflet du vieillissement du lectorat de *Gai Pied*. La disparition de ce titre, support habituel de nos enquêtes jusqu'en 1992, nous a conduit à mettre en place un nouveau dispositif d'observation. Nous en avons profité pour tenter de renouveler et d'élargir le recrutement. Le questionnaire 1993 a été publié gracieusement par six revues homosexuelles (*All Man, Gai Pied La Lettre, Honcho, Illico, Lettres Gay, Rebel*). Les mensuels *Rebel* et *Illico* ont été sélectionnés en raison d'un lectorat réputé plus jeune. Cette volonté de rajeunir l'échantillon s'est traduite par un succès. En 1993, la moyenne d'âge est ramenée à 33,4 ans mais ce rajeunissement est tout relatif. La courbe des âges se concentre parmi les "jeunes adultes" (la classe d'âge 21-25 ans représente 19% de l'échantillon en 1993

contre 13-14% en 1991 et 1992)<sup>78</sup>. En revanche, nous n'avons pas amélioré notre audience auprès des moins de vingt ans.

Ainsi l'échantillon 1993 se compose de 684 jeunes de moins de 25 ans, soit 21% de l'échantillon total ; 81% des moins de 21 ans répondent pour la première fois à l'enquête et ce taux est de 76% pour ceux qui se situent dans la tranche d'âge 21-25 ans. Si l'on considère les moins de 30 ans, la base statistique se compose alors de 1468 personnes (soit 44% de l'échantillon). Ces effectifs sont suffisamment importants pour nous permettre d'entreprendre une description détaillée de leurs modes de vie.

### *L'analyse comparative des échantillons des revues*

L'analyse comparative des échantillons des revues met en évidence la jeunesse du recrutement des titres dits de " charme " (*Honcho* et *All Man*) et de la revue *Rebel*<sup>79</sup> qui avait su intéresser ce public : pour ces trois supports, les moins de 25 ans représentent 25% des répondants. *Lettres Gay*, revue de fantasmes rédigés, touche un public plutôt en marge du marché des échanges sexuels. Il s'agit plus particulièrement d'un public en début ou en fin de carrière sexuelle. Au contraire, *Illico*, revue parisienne distribuée dans les lieux commerciaux (bars, discothèques, saunas), touche un public mature, sexuellement actif : ainsi, 80% des lecteurs ont entre 23 ans et 44 ans. *La Lettre Gai Pied*<sup>80</sup>, quant à elle, touche des hommes plus âgés, la part des moins de 25 ans y est très faible (11%).

Tableau 2 : composition démographique des échantillons des revues

	All Man	Gai Pied La Lettre	Honcho	Illico	Lettres Gay	Rebel
16 à 20 ans	5%	1%	5%	2%	4%	5%
21 à 25 ans	26%	10%	27%	17%	20%	32%
plus de 25 ans	67%	88%	69%	81%	77%	63%
Age moyen	32.8	35.9	31.4	32.6	34.6	29.3
écart-type	10.0	10.2	9.5	8.6	11.9	7.9

Malgré le rajeunissement de l'échantillon en 1993, nous constatons que, quelle que soit la revue, la part des moins de 21 ans ne dépasse jamais les 5%. Notre difficulté à recruter de très jeunes homosexuels par voie de presse spécialisée nous laisse à penser que ce type d'approche n'est pas un outil parfaitement adapté pour rendre compte des débuts de carrières sexuelles. Les résultats que nous présentons ici doivent donc tenir compte des biais de recrutement spécifiques à ce groupe de jeunes répondants.

<sup>78</sup> Pour mémoire, cette part représentait 25% des effectifs annuels jusqu'en 1988, puis s'était stabilisée à 21-22%, pour chuter les deux dernières années à 16-17%.

<sup>79</sup> Ces trois titres ont actuellement disparu. *Rebel* a cessé de paraître dès juin 1993, après quelques mois d'existence. *All Man* et *Honcho*, journaux érotiques qui comptaient parmi les plus anciens, ont été suspendus en octobre 1994 pour reparaitre ultérieurement.

<sup>80</sup> Lettre d'information habituellement diffusée sur abonnement, exceptionnellement adressée pour les besoins de l'enquête à tous les anciens abonnés et clients des services qu'offrait le journal *Gai Pied Hebdo*.

### *Les biais de recrutement*

Acheter une revue homosexuelle et répondre à l'enquête est un acte d'affirmation de son orientation sexuelle que tous les jeunes ne sont pas en mesure de faire si l'on en croit l'importante littérature consacrée aux difficultés du *coming out* (Davies, 1992) et le long travail d'acceptation de soi que cette affirmation nécessite. On peut, dans un premier temps, évaluer l'existence de biais éventuels de recrutement en comparant l'âge à la première expérience sexuelle des jeunes de nos enquêtes avec celui des jeunes hommes d'un échantillon représentatif de la population française. Selon M. Bozon (Bozon, 1993), des transformations sociales, culturelles et institutionnelles déterminent actuellement quatre "générations sexuelles". Les deux premières, très liées aux conditions de fécondité et de développement du travail féminin, ne nous intéressent pas directement ; en revanche l'évolution du contexte d'exercice de la sexualité des générations des années soixante-dix - "conquête rapide de la contraception médicale, baisse de la nuptialité, du développement de la cohabitation et aussi du divorce" - concernent également les populations marquées par une orientation sexuelle spécifique. Ces générations ont, de fait, instauré une distanciation entre statut civil et sexualité. Cette évolution qui s'est traduite également par des changements juridiques en matière sexuelle et familiale a été concomitante à l'expression publique de sexualités marginales. Toujours selon M. Bozon, les générations des années quatre-vingts sont, quant à elles, marquées par une indépendance économique plus tardive (scolarité plus longue, difficultés d'insertion professionnelle et entrée en couple plus tardive). Cette génération est également marquée par l'irruption du sida. Les jeunes homosexuels de nos enquêtes ont également grandi dans ce contexte mais ils ont évolué dans un univers qui se caractérise par une prévalence du VIH beaucoup plus forte qu'en population générale. On peut dès lors se demander si cette caractéristique a une influence sur leur entrée dans la vie sexuelle. Plusieurs signes nous laissent supposer qu'il n'en est rien. L'étonnante stabilité des moyennes d'âge au premier rapport sexuel entre les hommes de l'ACSF et les hommes de nos enquêtes pour les tranches d'âge où nous avons un large recrutement s'inscrit également contre cette hypothèse. En effet, lorsque notre recrutement est le moins dépendant de biais dus au mode de collecte des données - population sexuellement active avec une proportion faible d'hommes en marge de l'activité sexuelle (25-45 ans) - l'âge d'entrée dans la sexualité des hommes homosexuels est identique à celui d'un échantillon représentatif de la population adulte masculine française.

Tableau 3 : L'âge moyen au premier rapport sexuel selon les générations : comparaison des hommes des enquêtes ACSF et presse gaie.

Génération	Hommes ACSF		Homosexuels 1993		différence
	âge moyen	effectif	âge moyen	effectif	
1922-36 (55-69 ans)	18.4	221	16.8	106	<b>1.6</b>
1937-46 (45-54 ans)	18.5	252	17.5	198	<b>1.0</b>
1947-56 (35-44 ans)	17.8	600	17.8	589	0.0
1957-66 (25-34 ans)	17.3	826	17.4	1452	-0.1
1967-71 (20-24 ans)	17.5	494	16.9	647	<b>0.6</b>
1972-73 (18-19 ans)	17.2	137	16.0	47	<b>1.2</b>

En revanche, cet âge diffère de plus en plus fortement au fur et à mesure que l'on s'intéresse aux générations extrêmes : les plus âgés ainsi que les plus jeunes de notre échantillon sont bien plus précoces. Si, pour les plus jeunes, la comparaison entre les deux échantillons s'avère hasardeuse en raison des procédures de redressement de l'enquête ACSF<sup>81</sup>, il n'en reste pas moins vrai qu'à 18-19 ans, 28% des jeunes en population générale n'avaient pas eu de rapports au moment de l'enquête, alors que les homosexuels de notre enquête appartenant à la même tranche d'âge sont tous sexuellement actifs. Cette différence peut s'expliquer en raison du caractère constitutif de l'activité sexuelle dans la reconnaissance de son homosexualité : répondre à l'enquête presse gaie est un acte d'affirmation de soi conditionné par cette expérience première. On peut, par ailleurs, faire l'hypothèse selon laquelle cette précocité sexuelle s'explique, non par un effet de génération, mais par notre mode de recrutement qui sélectionne, dans toutes les générations, les hommes sexuellement les plus actifs. Cette sélection est d'autant plus forte 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.

L'âge d'entrée dans la sexualité varie cependant selon l'origine sociale comme l'ont mis en évidence diverses études (Dannecker, Reiche, 1974 ; Pollak, 1982) : les jeunes des milieux défavorisés sont en général plus précoces. Pour expliquer ce phénomène, Michael Pollak avait avancé l'hypothèse que *“ les normes assez strictes propres à la socialisation des classes populaires sont souvent suivies sans être intériorisées, d'où la moindre inhibition parmi les jeunes issus de ces classes, qui leur permet de commencer une vie sexuelle intense assez tôt. ”* (Pollak, 1982). Effectivement, dans notre enquête, les ouvriers ont un âge moyen au premier rapport sexuel bien inférieur à celui des cadres (16,2 ans contre 17,7 ans), sauf les plus âgés, mais la faiblesse des effectifs ne nous permet aucune interprétation.

Tableau 4 : Age moyen d'entrée dans la sexualité selon les générations et la profession: comparaison des cadres et des ouvriers des enquêtes ACSF et presse gaie.

Profession	Génération					
	1922-1941		1942-1956		1957-1973	
	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
cadres ACSF 1991 <sup>82</sup>	17.6	(186)	18.1	(197)	18.9	(100)
cadres enquête 1993	16.0	(73)	17.9	(326)	17.7	(772)
ouvriers ACSF 1991	16.7	(402)	17.5	(185)	18.0	(62)
ouvriers enquête 1993	17.7	(10)	16.4	(35)	16.0	(120)

<sup>81</sup>Dans l'enquête ACSF, pour calculer une moyenne sans omettre les 28% de jeunes répondants qui n'avaient pas eu de rapports sexuels au moment de l'enquête, il leur a été attribué un âge fictif au premier rapport, égal à leur âge actuel plus deux ans. Ce redressement ne s'applique pas aux jeunes de l'échantillon presse gaie qui sont tous sexuellement actifs à une exception près.

<sup>82</sup> Source : enquête ACSF (Bozon, 1993).

L'âge d'entrée dans la sexualité des cadres des générations intermédiaires est tout à fait comparable à celui observé chez les hommes de l'ACSF, mais il apparaît cette fois encore que les plus vieux et les plus jeunes sont plus précoces dans nos échantillons. L'âge au premier rapport sexuel des ouvriers de notre échantillon est bien plus précoce que celui des ouvriers sélectionnés selon une procédure aléatoire sauf pour les plus âgés, mais, dans ce cas, la faiblesse des effectifs nous interdit une quelconque interprétation. En conclusion, les cadres de plus de 50 ans qui se maintiennent dans notre échantillon et les ouvriers qui décident de répondre à l'enquête sont sexuellement plus précoces que des hommes de même âge et de même milieu social d'un échantillonnage au hasard. Comme précédemment, cette précocité peut s'expliquer, pour partie tout au moins, par notre mode de recrutement qui privilégie les hommes sexuellement actifs.

On peut, par ailleurs, s'interroger sur l'adéquation de notre outil d'interrogation à une population qui n'était pas au coeur des préoccupations de l'investigation. Dans nos questionnaires, certains énoncés supposant une familiarité avec le vocabulaire et l'activité sexuelle, ce vocabulaire extrêmement précis pourrait gêner les jeunes répondants. L'analyse des taux de non réponse est généralement un bon indicateur de l'acceptation et de la compréhension des questions. Or, dans notre enquête 1993, les taux de réponse des plus jeunes ne diffèrent pas de ceux des répondants plus âgés : ils sont inférieurs à 3%. Si la formulation des questions posées n'a donc pas entraîné de problème spécifique, il manque cependant dans ce questionnaire des questions pertinentes qui auraient permis de mieux cerner l'environnement social. Ainsi, n'avons nous pas de questions qui nous permettraient d'estimer leur origine sociale (statut socioprofessionnel des parents). Nos catégories ne permettent pas non plus de distinguer les différentes positions par rapport à l'institution scolaire (lycéen, étudiant, en formation, hors système...). Un lycéen qui n'a encore passé aucun examen sera classé avec les hommes les moins diplômés. Nous n'avons aucun moyen de rectifier cette inadéquation du questionnaire à la situation des plus jeunes. Aussi lorsque nous essaierons de situer socialement les jeunes gens de l'échantillon, le ferons nous avec prudence. On se servira de questions indirectes pour évaluer l'origine sociale des répondants. La question sur la prostitution constitue, par exemple, un indicateur probable de faible niveau socio-culturel. En effet, en 1993, une importante minorité des jeunes répondants (6%) déclare négocier ses charmes. Ce taux est maximum parmi les moins de 20 ans (13%) ; avec l'âge la proportion de jeunes qui se prostituent diminue fortement : au-delà de 25 ans, la prostitution, même occasionnelle, est rare.

En raison des limites de notre enquête, nous portons une grande attention à l'enquête entreprise en 1994 auprès de 317 jeunes homosexuels par les étudiants de l'IDUP (Institut de Démographie Universitaire de Paris) sous la direction de Maryse Jaspard. Cette enquête a exploré les possibilités de contacter des jeunes homosexuels par les canaux communautaires et hors communauté en recrutant les jeunes homosexuels par annonces<sup>83</sup>

---

<sup>83</sup> Le contenu de l'annonce diffusée dans la presse était : " *L'Institut de Démographie de l'Université de Paris 1, avec le soutien de l'AFLS et du CNRS entreprend une enquête sérieuse par questionnaire anonyme sur la vie affective des très jeunes hommes de 25 ans maximum, ayant des attirances ou des pratiques homosexuelles. Nous avons besoin de votre réponse pour réaliser cette enquête. Pour vous procurer le questionnaire, téléphoner au CRIDUP : 43 36 73 10 (répondeur)* ".

insérées dans une presse généraliste destinée à un jeune public. Les responsables de cette recherche ont rencontré un accueil plutôt favorable de la part des associations et des journaux gais mais se sont heurtés à des refus imprévus quand ils ont voulu insérer cet appel à témoignage dans la presse généraliste. Ils en concluent que le tabou de l'homosexualité qui peut nous paraître quelquefois dépassé est loin de l'être "hors communauté". Ce travail met en évidence la difficulté à rompre le silence et à atteindre les jeunes homosexuels hors communauté. Grâce à un questionnement adapté aux caractéristiques des jeunes, cette enquête devrait apporter d'utiles compléments au travail que nous présentons ici sur les modes de vie des jeunes gais.

### ***Conclusion***

Les plus jeunes individus de nos échantillons se caractérisent par un passage à l'acte précoce et, pour une forte minorité, ce passage à l'acte est quelquefois rémunéré. Cette précocité sexuelle des jeunes de notre échantillon s'explique, non par un effet de génération, mais plus par la sélection qu'opère notre mode de recrutement qui est d'autant plus fort que l'on se situe dans les tranches d'âge où la proportion d'hommes sexuellement inactifs est la plus importante, à savoir en début ou en fin de carrière sexuelle. L'importante proportion de jeunes de moins de 20 ans qui négocient leurs charmes ainsi que la précocité de l'âge d'entrée dans la sexualité des plus jeunes laisse également supposer un recrutement relativement populaire de cette partie de l'échantillon. A partir de 20 ans, les caractéristiques des jeunes se rapprochent de celles de leurs aînés. Comme pour leurs aînés, l'enquête par voie de presse permet de recruter bien au-delà du secteur associatif où se retrouvent les jeunes qui ont fait ou sont en train de faire leur *coming out*. Ainsi, 90% des répondants de moins de 20 ans et 85% des 21-25 ans n'ont aucun engagement communautaire.

L'importance des effectifs de la sous-population "jeunes" nous laisse espérer pouvoir rendre compte de façon robuste des styles de vie des jeunes homosexuels qui ont déjà accompli un premier pas vers un style de vie homosexuel. Ne serait-ce qu'en participant à l'enquête, ils font en effet acte de leur appartenance à un groupe.

## **2. Les temps de l'autonomie**

Diverses études socio-historiques menées en population générale (Béjin, 1983 ; Giami *et al.*, 1987, Bozon, Villeneuve-Gokalp, 1994) ont montré que le passage de l'adolescence à l'âge adulte n'est plus caractérisé par la quasi-simultanéité des autonomies économiques, affectives et sexuelles et, qu'au cours du temps, l'accès au travail, le départ de la famille et la sexualité se sont dissociés. Avec l'allongement des études et le retard du moment du mariage, les jeunes adultes vivent leur sexualité avant même d'avoir une indépendance économique et affective vis-à-vis de leur famille. Le passage à la vie adulte se déroule désormais selon un processus qui s'étend dans la durée et qui est marqué par des expériences diversifiées. Nous allons, dans cette section, nous intéresser à cette transition afin de déterminer les effets d'une sexualité hétérodoxe sur les trajectoires des jeunes répondants.



***Etre “ jeune ” dans une enquête sur les mode de vie et les comportements sexuels face au sida.***

Avant d’entreprendre un travail d’analyse sur les “ jeunes ” d’une étude sur les modes de vie des homo- et bisexuels orientée sida, on peut s’interroger sur ce que veut dire “ être jeune ” et la pertinence d’une telle catégorie. Il y a plusieurs façons de répondre à cette question : on peut être jeune par son âge ou selon son autonomie économique, sociale et affective, on peut l’être également dans sa “ carrière sexuelle ”.

Comme nous l’avons justifié précédemment dans la mesure où il nous est impossible de définir un état de jeunesse et de déterminer un âge à partir duquel on sort de la catégorie, nous avons choisi de suivre jusqu’à 30 ans les temps des autonomies sexuelle, sociale et affective. Par ailleurs, nous avons distingué différentes classes d’âge au sein de cette population. Le découpage en classes d’âge retenu tente de concilier des catégories d’analyse suffisamment fines et des effectifs relativement conséquents pour qu’ils soient statistiquement analysables.

**Tableau 5 :** Répartition selon l’âge des répondants à l’enquête 1993 .

classes d’âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
effectifs	47	118	228	291	299	336	1896	3215
pourcentage	1%	4%	7%	9%	9%	11%	59%	100%

Etant donné les variations de l’âge à la première expérience sexuelle, se concentrer sur l’âge seul peut masquer une composante importante qu’est la date d’entrée dans la vie sexuelle et la durée de la vie sexuelle qui en découle.

**Tableau 6 :** Date de la première expérience sexuelle.

1ère expérience sexuelle :	avant 82	82-83	84-85	86-87	88-89	90-91	92-93	total
effectifs	1968	282	275	264	189	139	42	3159
pourcentage	62%	9%	9%	8%	6%	4%	1%	100%

Comme nous l’avons vu, l’âge moyen d’entrée dans la vie sexuelle est de 17,2 ans avec d’importantes variations, certains ayant eu leur première expérience sexuelle avant l’âge de 15 ans (25%), d’autres après 25 ans (8%). Rappelons également que les plus jeunes de nos échantillons sont également les plus précoces.

Nous nous proposons donc, dans un premier temps, de suivre les temps des autonomies en tenant compte, si besoin, de la durée de la “ carrière sexuelle ” des individus.

***L’acquisition de l’autonomie sociale et affective***

Nous allons dans un premier temps nous intéresser à l’indépendance économique et affective. Comme l’ensemble des jeunes de leur génération, ceux des échantillons presse gaie sont marqués par un contexte d’insertion professionnelle plus problématique avec pour conséquence une indépendance économique tardive, un prolongement de la scolarité et de la vie avec les parents. A l’âge de 22-23 ans, un tiers des répondants habitent avec

leur famille<sup>84</sup> et plus de la moitié sont économiquement dépendants, soit parce qu'ils poursuivent des études, soit parce qu'ils sont chômeurs. Dans l'absolu, ces chiffres ne sont pas significatifs, il s'agit de les mettre en perspective avec les autonomies des jeunes en général. Bien que le lieu de résidence au moment de l'entrée dans la vie active soit une notion relativement imprécise, la comparaison de nos observations avec celles de l'enquête famille menées à l'occasion du recensement 1990 (Desplanques, 1994) met en évidence le départ précipité du foyer familial des jeunes homosexuels.

**Tableau 7 :** Evolution en fonction de l'âge de la proportion de répondants qui habitent avec leur famille:

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 47)	(118)	(228)	(291)	(299)	(336)	(1896)	(3215)
habitent avec famille	<b>70%</b>	<b>42%</b>	<b>31%</b>	16%	14%	5%	6%	11%

En effet, à 18 ans, alors que dans l'enquête nationale, le départ de la famille reste exceptionnel (4%), un peu moins du tiers des répondants à nos enquêtes a déjà quitté le foyer familial. Par la suite, cet écart se maintient. Alors que, dans le recensement, 66% des jeunes gens âgés de 22 ans vivent dans le foyer parental et qu'à 25 ans, 38% sont encore chez leurs parents et qu'il en reste encore 15% à 29 ans, la proportion de jeunes de nos échantillons qui habitent avec leur famille est toujours considérablement plus faible : 32% à 22 ans, 10% à 25 ans et 3% à 29 ans. Quel que soit le sens attribué au fait de vivre avec ses parents, en raison du caractère flou que peut prendre cette modalité à cette période de la vie, les écarts sont si importants que l'on peut sans hésiter attribuer ce décalage à un effet lié à l'orientation sexuelle particulière des jeunes répondants presse gaie.

On peut s'interroger sur les effets qu'entraîne cette autonomie familiale précoce sur l'insertion des jeunes répondants. La comparaison (tableau 8) avec l'ensemble des jeunes Français de leur classe d'âge (Balan, Minni, 1995) montre que, quel que soit l'âge, les jeunes de l'échantillon presse gaie se maintiennent plus nombreux dans le système scolaire<sup>85</sup> et sont moins fréquemment au chômage. Il semble que ce départ précipité du foyer familial ne fragilise pas spécialement ces jeunes, tout au moins socialement, et n'a pas non plus de conséquences dramatiques sur leur insertion professionnelle.

**Tableau 8 :** L'activité des jeunes de l'échantillon presse gaie 1993 comparée à celle des jeunes d'un échantillon représentatif (*source INSEE, 1994*)

classe d'âge	18-19 ans	20-21 ans	22-23 ans	24-25 ans
--------------	-----------	-----------	-----------	-----------

<sup>84</sup> L'âge médian au départ du foyer parental des jeunes de l'enquête presse gaie est précipité par rapport à celui de l'ensemble des jeunes gens de l'enquête INED (Bozon, Villeneuve-Golkap, Martin, 1995). Il est légèrement inférieur à celui des hommes qui ne s'entendent pas avec leurs parents. Or, selon les auteurs, les tensions familiales accélèrent ce départ et, comme on le verra ultérieurement, les jeunes homosexuels sont fréquemment en conflit avec leurs parents à propos de leurs relations amoureuses souvent tues mais, souvent également, objet de discorde déclarée.

<sup>85</sup> Toutes les enquêtes menées en France comme à l'étranger auprès des homo- et bisexuels masculins se caractérisent, par rapport aux enquêtes en population générale, par une surreprésentation d'hommes appartenant aux classes moyennes supérieures d'un niveau d'éducation élevé. Si le recrutement par voie de presse favorise incontestablement l'expression des répondants les plus diplômés et socialement les plus actifs, la mobilité professionnelle spécifique des homosexuels est aussi un facteur explicatif de cette surreprésentation.

<i>effectifs</i>	43 (805)	118 (888)	228 (882)	291 (854)
actif	12% (15%)	23% (31%)	43% (50%)	66% (71%)
étudiant	77% (72%)	62% (44%)	44% (21%)	22% (10%)
chômeur	2% ( 7%)	9% (12%)	7% (14%)	8% (14%)
autres	9% ( 9%)	6% (11%)	7% (12%)	4% ( 7%)

Plusieurs études antérieures (Dannecker, Reiche, 1974 ; Pollak, Schiltz, 1987 ; Messiah, 1995) ont montré qu'une orientation sexuelle hétérodoxe induisait des stratégies donnant lieu à des trajectoires spécifiques à la fois géographiques (vers les grandes villes) et professionnelles (vers des métiers réputés plus tolérants).

Tableau 9 : Evolution en fonction de l'âge de la proportion de répondants<sup>86</sup>:

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 47)	(118)	(228)	(291)	(299)	(336)	(1896)	(3215)
qui résident à Paris	5%	21%	21%	<b>33%</b>	<b>34%</b>	<b>34%</b>	27%	28%

Nos observations confirment la mobilité spécifique des homosexuels vers les grands centres urbains, en particulier vers Paris qui reste très attractif<sup>87</sup>. A l'âge de 24-29 ans, un tiers des répondants résident dans la capitale. Par la suite, contraintes professionnelles et effets de génération peuvent expliquer le léger fléchissement de la proportion des Parisiens parmi les répondants les plus âgés.

Dans le cas des homosexuels, l'indépendance familiale, économique et géographique prend des allures spécifiques. Si elle induit, comme on vient de le voir, un départ précipité du foyer parental et une mobilité géographique particulière, elle se caractérise également par la recherche d'un entourage, amical notamment, plus tolérant à leur égard.

La modification de l'entourage affectif est également un processus lent. Jusqu'à 22-23 ans, le cercle amical est, pour une forte minorité, principalement constitué d'hétérosexuels. C'est seulement vers 24-25 ans que la composition du cercle amical est modifiée et stabilisée : désormais la majorité des homosexuels (80%) comptent, parmi leurs amis, des hommes qui ont la même orientation sexuelle qu'eux<sup>88</sup>.

Tableau 10 : Votre cercle d'amis est principalement composé :

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 47)	(118)	(228)	(291)	(299)	(336)	(1896)	(3215)
d'homosexuels	11%	18%	20%	21%	20%	25%	20%	21%
d'hétérosexuels	<b>46%</b>	<b>35%</b>	<b>30%</b>	21%	20%	19%	22%	23%
d'homo et d'hétéros.	44%	47%	50%	58%	61%	57%	58%	57%

Nous avons vu que l'affranchissement par rapport à la famille et à une socialisation hétérosexuelle ainsi que la mobilité géographique apparaissent relativement tardivement et que ces indépendances sont concomitantes à l'entrée dans la vie active. Nous allons à

<sup>86</sup> Les lecteurs d'*Illico*, revue distribuée gratuitement dans les lieux gais parisiens, sont exclus.

<sup>87</sup> Cette mobilité qui induit une mise à distance, quelquefois la rupture avec le milieu d'origine, peut être considérée comme un indicateur de "liberté".

<sup>88</sup> Nos observations ne nous permettent pas de distinguer l'effet de l'âge d'un possible effet de génération : les jeunes homosexuels actuels pouvant être moins favorables au style de vie "ghetto".

présent étudier les étapes constitutives de la carrière sexuelle et sentimentale des jeunes répondants homo- et bisexuels.

### *L'autonomie sexuelle et sentimentale*

Il apparaît dans notre enquête que les jeunes répondants revendiquent de façon claire le droit à la sexualité des mineurs : ainsi, 41% des moins de 18 ans (contre 14% pour les plus âgés) sont pour une libéralisation des relations sexuelles avec les mineurs. Cette position s'explique par le fait que les plus jeunes sont non seulement sexuellement actifs mais précoces (tableau 3).

Le tableau 11 montre que la sexualité des “ benjamins ”<sup>89</sup> se caractérise par son intermittence ; avec l'âge, elle devient plus régulière et plus intense.

Tableau 11 : En moyenne, vous avez des rapports sexuels :

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 47)	(117)	(228)	(287)	(297)	(332)	(1882)	(3190)
fréquent et régulier.	43%	52%	53%	50%	52%	53%	52%	51%
occasionnellement	<b>57%</b>	<b>48%</b>	37%	38%	37%	37%	36%	38%
jamais	0%	0%	1%	1%	1%	0%	1%	1%

Tableau 12 : Au cours de ces douze derniers mois, combien de partenaires sexuels masculins avez-vous eus ?

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 47)	(117)	(228)	(287)	(297)	(332)	(1882)	(3190)
aucun	0%	1%	3%	3%	2%	2%	4%	3%
un	21%	14%	19%	21%	21%	18%	18%	19%
de deux à cinq	36%	39%	35%	33%	31%	29%	29%	31%
de six à dix	23%	<b>27%</b>	18%	14%	15%	18%	15%	16%
de onze à vingt	15%	13%	18%	21%	16%	19%	21%	20%
plus de vingt	<b>4%</b>	<b>8%</b>	<b>7%</b>	<b>8%</b>	15%	15%	13%	12%

Selon le tableau 12, la fréquentation intense du marché sexuel (plus de 20 partenaires par an) croît avec l'âge : 4% des plus jeunes ont plus de vingt partenaires dans l'année, ce taux est de 8% dès l'âge de 20 ans et double encore après 25 ans au moment des émancipations familiales, sociales et économiques. A l'exception des pratiques sadomasochistes, beaucoup plus rares, le répertoire sexuel des jeunes homosexuels ne diffère pas de celui de leurs aînés.

Nous allons à présent examiner les lieux de drague où s'aventurent plus volontiers les plus jeunes.

Tableau 13 : De quelle manière faites-vous habituellement vos rencontres ?

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 47)	(117)	(228)	(287)	(297)	(332)	(1882)	(3190)
dans endroits publics	<b>45%</b>	37%	40%	35%	38%	37%	<b>47%</b>	42%
par réseau téléphone.	<b>26%</b>	19%	<b>24%</b>	15%	<b>22%</b>	20%	14%	17%
dans les bars, discoth.	47%	<b>58%</b>	<b>52%</b>	<b>49%</b>	42%	44%	32%	38%
chez des amis	23%	30%	<b>35%</b>	<b>36%</b>	32%	31%	24%	28%

<sup>89</sup> Dans la suite du texte, le terme “ benjamins ” désignera les plus jeunes de nos échantillons.

par minitel	19%	21%	24%	22%	<b>29%</b>	<b>31%</b>	26%	26%
au sauna, backroom	13%	16%	22%	28%	24%	31%	<b>35%</b>	31%
au hasard dans la rue	30%	32%	29%	31%	29%	35%	33%	32%
par petites annonces	11%	16%	10%	13%	14%	12%	13%	13%

Selon le tableau 13, les endroits publics<sup>90</sup> et les réseaux téléphoniques, avec les bars et les discothèques, sont les sites privilégiés des rencontres sexuelles des plus jeunes. Une analyse complémentaire des lieux de rencontre selon la position dans la “ carrière sexuelle ” montre que les lieux publics, bien que très fréquentés par les “ benjamins ”, ne sont pas spécialement les lieux de l’initiation sexuelle. Les débuts de “ carrière sexuelle ” (un an et demi au plus) sont marqués par un usage important des petites annonces (36% des novices y ont recours contre 12% par la suite)<sup>91</sup>. On voit donc qu’il n’y a pas recouvrement entre les lieux de drague des plus jeunes et ceux des novices. Alors que les premiers pas dans la “ carrière sexuelle ” se caractérisent par une présentation de soi différée (expression de son désir médiatisée au travers d’une annonce), les jeunes très vite affranchis “ préfèrent ” fréquenter des lieux de rencontre immédiate. Par la suite, dès qu’ils en ont la possibilité, les “ jeunes adultes ” délaissent ces lieux anonymes au profit des endroits où ils peuvent cultiver une sociabilité et c’est à ce moment de leur vie qu’ils se constituent des réseaux amicaux liés à leur orientation sexuelle. Avec l’âge et l’expérience, ils acquièrent la familiarité des lieux de rencontre et des codes de la drague homosexuelle et fréquentent plus assidûment les sites commerciaux à forte consommation sexuelle.

On peut s’interroger sur les contraintes qui pèsent sur les “ choix ” des lieux de rencontre. Si, pour un instant, on considère comme une contrainte, les faits de vivre dans sa famille, de ne pas gagner sa vie ou de ne pas résider à proximité d’un centre urbain, nos observations indiquent alors que les “ choix ” de lieux de rencontre sont effectivement déterminés par l’expérience et le lieu de résidence<sup>92</sup> mais semblent au contraire indépendants de l’environnement affectif et social. Comme l’ensemble des jeunes de leur génération, les jeunes répondants semblent bénéficier d’une liberté de mouvement importante, ils sont sexuellement actifs et fréquentent les bars, les discothèques, les endroits publics et des réseaux téléphoniques. De ces observations se dégage un parcours classique du jeune homosexuel qui, avec l’âge, se rapproche des centres urbains où il trouve des lieux de plus en plus spécialisés et protégés : ainsi, l’impétrant passe des lieux publics à l’espace semi-clos des bars et à la fermeture des lieux très spécialisés (saunas et backrooms).

<sup>90</sup> Sont ainsi désignés les lieux de drague “ non commerciaux ” fréquentés par les homosexuels comme les parcs, les gares, les cinémas,... à l’exception des rencontres faites au hasard dans la rue.

<sup>91</sup> Avec l’expérience, ce mode de contact très différé sera en général rapidement délaissé, d’abord au profit des réseaux téléphoniques qui constituent une transition entre les petites annonces et la recherche d’une socialisation spécifique qui s’effectue, entre autres, par la fréquentation marquée des bars et des discothèques. Les lieux à forte rentabilité sexuelle (saunas, backrooms, rue, lieux publics) sont fréquentés significativement plus souvent par des hommes expérimentés.

<sup>92</sup> Quel que soit le niveau d’autonomie, le “ choix ” des petites annonces et des lieux extérieurs sont surdéterminés par l’importance de l’agglomération de résidence. Plus tard avec la réelle indépendance financière, l’accès aux minitels “ roses ” est plus aisé, rappelons que ces services sont payants et peuvent être dispendieux.

La sexualité des jeunes répondants ne se limite cependant pas aux seules relations occasionnelles. Selon nos observations, les sphères de l'amour et de la sexualité ne sont pas dissociables. En effet, très tôt, comme leurs aînés, la moitié des " benjamins " de nos enquêtes sont engagés dans une relation stable.

Tableau 14 : Actuellement, vous avez une relation stable avec un homme :

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 47)	(118)	(228)	(291)	(299)	(336)	(1896)	(3215)
non	48%	46%	45%	50%	42%	45%	46%	46%
oui, exclusivement	30%	<b>34%</b>	<b>34%</b>	31%	30%	26%	<b>22%</b>	26%
oui, mais pas exclusiv.	<b>22%</b>	<b>21%</b>	<b>21%</b>	<b>19%</b>	28%	29%	<b>32%</b>	29%

C'est parmi les plus jeunes que l'on trouve la plus forte proportion de couples exclusifs : plus de 60% des moins de 25 ans engagés dans une vie de couple déclarent que cette relation sentimentale et sexuelle est exclusive. Nos observations confirment, par ailleurs, que le couple reste l'idéal sentimental d'une forte minorité de jeunes : quelles qu'en soient les raisons, plus de 40% des répondants ayant entre 20 et 23 ans sont à la recherche d'une relation stable<sup>93</sup> ; au-delà de 30 ans, ce taux se stabilise au-dessous de 25%. Avec l'âge, la relation privilégiée s'accommode de plus en plus de relations sexuelles " extra-conjugales ". Après 30 ans, le mode de vie en couple ouvert devient majoritaire (59%).

Etant donné que l'entrée dans la vie sexuelle et affective est pour beaucoup antérieure à leur départ du foyer parental, on peut s'interroger sur l'espace d'épanouissement de cette relation stable déclarée par une majorité de répondants.

Tableau 15 : Mode de cohabitation des hommes qui ont déclaré une relation stable

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 24)	( 63)	(124)	(143)	(172)	(184)	(1003)	(1713)
seul, amis	<b>14.7</b>	41.1	36.3	43.4	43.5	39.2	41.6	41.1
part.homosexuel	<b>12.5</b>	<b>22.2</b>	41.9	47.6	48.3	55.4	52.3	49.4
famille	<b>70.8</b>	<b>36.5</b>	<b>21.0</b>	9.1	8.1	4.9	3.3	7.9
femme	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.1	<b>2.8</b>	1.8

On observe d'abord que la moitié seulement des répondants âgés de 21 ans ou plus, engagés dans une relation stable qu'elle soit ou non exclusive, cohabitent avec leur partenaire. Ce taux est nettement plus faible pour les plus jeunes : avant 20 ans, un jeune sur dix partage au quotidien la vie de son compagnon, mais sur ce point, l'indépendance s'acquiert relativement vite, dès l'âge de 22-23 ans, la moitié des jeunes cohabitent avec leur partenaire homosexuel. Avec l'indépendance sociale et économique, les répondants ont de plus en plus les moyens de s'installer dans une " conjugalité ".

<sup>93</sup> Cette recherche de la stabilité affective n'aveugle pas pour autant les plus jeunes par rapport à la prévention du sida : en 1992, ils étaient proportionnellement moins nombreux que leurs aînés (56% contre 75%) à penser qu'une relation stable est une forme de *safer sex*.

La confrontation des chronologies des tableaux 7 à 10 et du tableau 3 montre que la vie sexuelle et sentimentale des jeunes répondants, comme pour les jeunes hétérosexuels (Jaspard, 1994 ; Faure-Limouza, 1994), commence bien avant leur autonomie par rapport au milieu familial et leur indépendance économique. Il s'agit dès lors de savoir comment ces jeunes arrivent à concilier cette sexualité spécifique avec les normes familiales et sociales pendant cette période de décalage entre les " calendriers ".

### *Acceptation par l'entourage familial et les amis hétérosexuels*

Selon les résultats de l'enquête INED réalisée en 1993 auprès de jeunes (Bozon *et al.*, 1995), les relations amoureuses sont, pour les jeunes de dix-huit ans, parmi les thèmes les plus porteurs de crises latente ou ouverte au sein de la cellule familiale. Ce sujet occasionne 5% des conflits avec le père et 9% de ceux avec la mère. En cas de mésentente, ces taux passent respectivement à 12% et 22%. Ces chiffres apparaissent faibles si on les compare à ceux de nos enquêtes portant sur les jeunes homo- et bisexuels masculins. En effet, 20% et 19% des homosexuels de 18 ans au moins sont en conflit - avec leur père ou avec leur mère - à propos de leur homosexualité, celle-ci étant connue mais rejetée. Mais, plutôt que d'affronter leurs parents sur un sujet aussi brûlant, dans leur majorité, les jeunes répondants restent très discrets sur leur attirance sexuelle pour d'autres hommes. Comme les enquêtes précédentes (Schiltz, 1993), l'enquête 1993 confirme le silence ou l'opprobre dans lequel s'enferme l'adolescent homosexuel. Dans ses grandes lignes, la comparaison avec l'enquête INED laisse entrevoir l'ampleur des difficultés familiales que peut engendrer une attirance homosexuelle.

Tableau 16 : Votre homosexualité est-elle :

classe d'âge effectif	16-19 ( 47)	20-21 (118)	22-23 (228)	24-25 (291)	26-27 (299)	28-29 (336)	30 et plus (1896)	total (3215)
<b>inconnue de :</b>								
votre père	<b>65%</b>	<b>63%</b>	56%	59%	54%	54%	<b>47%</b>	51%
votre mère	<b>54%</b>	<b>47%</b>	39%	43%	40%	38%	36%	38%
vos frères et soeurs	<b>55%</b>	<b>50%</b>	38%	44%	31%	34%	<b>28%</b>	32%
vos amis hétérosex.	38%	43%	38%	45%	43%	41%	36%	38%
<b>connue et rejetée par :</b>								
votre père	<b>20%</b>	8%	9%	10%	5%	8%	9%	9%
votre mère	<b>19%</b>	8%	5%	9%	4%	9%	8%	7%
vos frères et soeurs	-	2%	4%	2%	5%	4%	4%	4%
vos amis hétérosex	-	1%	1%	0%	-	1%	1%	1%
<b>connue de :</b>								
votre père	<b>3%</b>	8%	11%	9%	12%	11%	<b>14%</b>	12%
votre mère	<b>2%</b>	7%	11%	11%	10%	13%	13%	12%
vos frères et soeurs	5%	12%	11%	12%	9%	11%	14%	12%
vos amis hétérosex.	7%	12%	9%	10%	13%	11%	15%	14%
<b>acceptée par :</b>								
votre père	<b>13%</b>	21%	24%	23%	29%	26%	<b>30%</b>	28%
votre mère	<b>26%</b>	37%	44%	38%	46%	40%	43%	42%
vos frères et soeurs	40%	<b>37%</b>	48%	42%	55%	51%	54%	52%

vos amis hétérosex 44% 40% 48% 42% 43% 44% 46% 45%

Selon cet ensemble de tableaux, avant 20 ans, la communication est terriblement difficile avec le père ; dans 65% des cas, le silence est de règle et, dans 20% des cas, c'est le rejet. Si l'on y ajoute les situations où l'homosexualité est connue sans toutefois être admise et celle où elle est rejetée, c'est presque neuf pères sur dix qui n'ont pas su ou pas voulu établir la communication avec leur fils. La situation est à peine meilleure avec les autres membres de la famille. Y compris avec leurs amis hétérosexuels (environ 40% d'entre eux ignorent l'orientation sexuelle de leur(s) ami(s)<sup>94</sup>), les jeunes gais gèrent leur différence par le secret et se trouvent confrontés à une solitude marquée par l'absence de confident(e)s. C'est au sein de la famille que leur sentiment de rejet est le plus fort.

Tableau 17 : Reconnaissance par la famille

classe d'âge effectif	16-19 ( 47)	20-21 (118)	22-23 (228)	24-25 (291)	26-27 (299)	28-29 (336)	30 et plus (1896)	total (3215)
non communication ou rejet total	<b>49%</b>	<b>43%</b>	33%	40%	30%	31%	30%	32%
acceptation totale	<b>13%</b>	<b>25%</b>	33%	<b>28%</b>	36%	33%	37%	34%

Dans nos échantillons, comme en 1991-92, plus de la moitié des jeunes de moins de 20 ans expriment un malaise profond par rapport à leur famille : en effet, seulement un répondant sur dix se sent pleinement accepté. Cette acceptation évolue quelque peu : à 20-21 ans, le quart des répondants se sent compris par son entourage familial ; par la suite ce taux d'acceptation concerne un peu plus du tiers des répondants. Les taux de "rejet total" varient en sens inverse : la moitié des plus jeunes expriment un sentiment d'isolement total ; avec l'âge, cette proportion concerne un peu moins du tiers des hommes. Après 20 ans, les rapports avec l'entourage sont établis : les situations de silence, de rejet ou d'acceptation n'évoluent statistiquement plus guère avec l'âge.

Ainsi, contrairement aux autres jeunes de leur génération, les homo- et bisexuels ne bénéficient pas des possibilités d'une vie sexuelle pouvant s'épanouir à l'intérieur de la famille ou avec son accord (Jaspard, 1994). Si les jeunes de nos enquêtes ont incontestablement une vie sexuelle, ils la tiennent le plus souvent secrète. En analysant la façon dont ces jeunes répondants nous présentent leur identité sexuelle lorsque leur anonymat est assuré, on pourra apprécier sous un autre angle le poids de l'opprobre sociale.

### *La bisexualité des plus jeunes et la stabilisation des préférences*

Plus souvent que leurs aînés, les jeunes ont eu leur première expérience sexuelle avec un partenaire du même sexe (90% pour les moins de 21 ans, contre 77% pour les plus de 30 ans). En toute logique, ils devraient plus souvent que les autres s'affirmer en tant qu'homosexuels. Or, il n'en est rien.

Tableau 18 : Votre premier partenaire sexuel était :

âge effectif	16-19 ( 47)	20-21 (118)	22-23 (228)	24-25 (291)	26-27 (299)	28-29 (336)	30 et plus (1896)	total (3215)
-----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------	----------------------	-----------------

<sup>94</sup> Les amis sont pourtant prêts à accepter cette différence, comme le prouve la très faible proportion d'amis hétérosexuels qui adoptent une attitude de rejet lorsqu'ils sont dans la confidence.



une femme	9%	11%	16%	16%	17%	19%	<b>23%</b>	20%
un homme	<b>91%</b>	<b>89%</b>	84%	84%	83%	81%	77%	80%

Tableau 19 : Vous définissez vous comme :

homosexuel	76%	82%	85%	85%	91%	87%	84%	85%
bi/hétérosexuel	<b>20%</b>	9%	9%	9%	6%	9%	11%	10%
refuse de se définir	4%	9%	6%	6%	3%	5%	6%	5%

Tableau 20 : Ces douze derniers mois, quelle a été votre vie sexuelle ?

exclusivement homos.	66%	89%	92%	92%	94%	92%	91%	91%
bi/hétérosexuelle	<b>34%</b>	11%	8%	8%	<b>6%</b>	8%	9%	9%

Tableau 21 : ces douze derniers mois, avez-vous eu au moins une partenaire féminine ?

oui	<b>22%</b>	<b>12%</b>	9%	7%	5%	6%	7%	7%
-----	------------	------------	----	----	----	----	----	----

Malgré leur attirance pour les hommes lors du premier rapport sexuel, 20% des moins de 21 ans se présentent comme “ bi- ou hétérosexuels ” et 22% ont des relations sexuelles avec des partenaires féminines. Ces jeunes gens sont également plus nombreux (34%) à déclarer une sexualité “ bi- ou hétérosexuelle ”<sup>95</sup>.

Au vu de ces résultats à première vue contradictoires, on peut s’interroger sur la nature de la bisexualité des plus jeunes : s’agit-il d’une bisexualité choisie, d’une bisexualité maintenue par souci de se plier au modèle dominant de nos sociétés ou encore d’une bisexualité déclarée mais fictive ayant pour fonction de préserver un “ espace de liberté ” par rapport à la désignation en tant qu’homosexuel<sup>96</sup>?

Tableau 22 : La reconnaissance et l’acceptation d’une sexualité spécifique : définition de soi et définition de sa vie sexuelle

âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 44 )	( 108 )	( 213 )	( 274 )	( 287 )	( 318 )	( 1772 )	( 3016 )
0) déf.homo/sex.homo.	66%	83%	85%	87%	91%	89%	86%	86%
1) déf.homo/sex.bisex.	<b>14%</b>	<b>7%</b>	5%	3%	2%	3%	3%	3%
2) déf.bisex/sex.bisex.	<b>14%</b>	6%	3%	5%	4%	4%	5%	5%
3) déf.bisex/sex.homo.	7%	5%	7%	5%	3%	5%	6%	6%

Comme le montre le tableau 22, cette ambiguïté masque trois formes de bisexualité dont les deux premières sont plus marquées chez les plus jeunes (classes d’âge 16-19 ans et 20-21 ans).

<sup>95</sup> Depuis plusieurs années, nous observons une proportion stable de 80% de l’ensemble des répondants qui ont eu leur première relation sexuelle avec un homme. Ce taux est extrêmement variable selon l’auto-définition. Ainsi, 83% des hommes qui se définissent comme “ homosexuels ” ont eu une première relation avec un homme, ce taux est de 56% pour ceux qui se définissent comme “ bisexuels ” et de 33% parmi la minorité qui se définit comme “ hétérosexuel ”.

<sup>96</sup> Dans son rapport, H. Richard met en évidence la difficulté des jeunes à se soumettre au risque prédictif de l’énoncé “ je suis homosexuel ” qui implique un renoncement à l’hétérosexualité alors “ *que le statut d’hétérosexuel ne contient pas cette détermination identitaire. Il n’empêche pas d’avoir un rapport sexuel avec un autre homme. Il apparaît plus permissif, moins contraignant* ”. (Richard, 1994).

- Le premier groupe est composé de jeunes gens qui s'affirment "homosexuels" tout en maintenant des relations sexuelles avec des femmes (respectivement 14% et 7% pour les classes d'âge 16-19 ans et 20-21 ans, ce taux décroît rapidement avec l'âge pour se stabiliser autour de 2-3%).

- Le second groupe, d'égale importance, est composé d'individus qui se perçoivent comme "bisexuel" et cette définition de soi est cohérente avec leur vie sexuelle. Ces jeunes hommes sont effectivement engagés dans une activité sexuelle avec des partenaires des deux sexes (respectivement 14% et 6% et qui, comme le groupe précédent, chute rapidement et se stabilise autour de 4-5%).

- Enfin, le dernier groupe (7% et 5%) se définit comme "bisexuel" sans avoir de partenaires féminines. Cette minorité, stable quel que soit l'âge, refuse donc, malgré ses désirs homosexuels concrétisés, de se laisser enfermer dans une définition de soi déviante.

Selon nos observations, il apparaît donc que les plus jeunes, y compris une minorité "affirmée", traversent plus une période d'indécision sexuelle que de refus de reconnaissance et d'affirmation d'une sexualité spécifique. Très rapidement, un choix s'opère cependant ; ainsi, dès l'âge de 20 ans, 90% des répondants se définissent comme "homosexuels". Cette définition, qui concorde avec des pratiques exclusivement homosexuelles, ne les distingue alors plus en rien de leurs aînés. Il n'en reste pas moins qu'une minorité, indépendante de l'âge, semble quant à elle s'installer dans la dénégation. En effet, malgré une vie complètement homosexuelle dans l'année, certains jeunes préfèrent se présenter comme étant "bisexuel", refusant ainsi une définition de soi stigmatisante.

### *Conclusion*

Nos observations montrent que les chronologies des temps sexuels et sentimentaux et, par ailleurs, des temps familiaux, sociaux et économiques sont très décalées. Pour les "benjamins" de notre enquête, on constate un décalage important entre les différentes séquences de la vie : entre les premières expériences sexuelles et la confusion affective qui peut résulter de ce désir "hors norme" et les temps d'affranchissement dans les différentes sphères de la vie sociale qui encouragent alors la mobilité et la recherche d'un milieu plus tolérant. Comme on l'a vu, les jeunes répondants sont précoces, ils ont en moyenne à peine seize ans lors de leur première expérience sexuelle, expérience qu'ils ont dans leur écrasante majorité avec un partenaire de même sexe. Tant qu'ils sont dans un système de dépendance familiale et sociale, leur sexualité occasionnelle est marquée par l'anonymat. La relation amoureuse, ou tout au moins élective, est indépendante de l'âge et plus de la moitié des jeunes s'engage sentimentalement. Il leur faudra, cependant, attendre le temps de leur autonomie matérielle pour mieux concilier les sphères sexuelles, affectives et sociales (intégration dans le cercle amical de camarades homosexuels et, éventuellement, cohabitation avec leur partenaire stable). La recherche d'un environnement plus tolérant ou plus anonyme avec des possibilités - "niches écologiques" - qui permettent de vivre plus librement sa sexualité est confirmée par nos enquêtes ; ainsi, pour beaucoup de jeunes, Paris reste un pôle d'attraction.

Lorsque l'anonymat est assuré, les jeunes bi- et homosexuels de nos enquêtes<sup>97</sup> se réfèrent à une définition d'eux-mêmes qui rend compte fidèlement de leurs pratiques effectives ; d'autres enfin n'ont pas de problème à se présenter comme "homosexuel" malgré une bisexualité de fait (tableau 22). Nos observations mettent en évidence une discordance importante entre cette présentation de soi relativement aisée quand elle est anonyme et l'ignorance ou l'opprobre de l'entourage immédiat et ce, au moment où cet entourage est le plus présent et le plus influent, c'est-à-dire au moment où les jeunes répondants n'ont pas encore acquis leur autonomie sociale et affective. Nos analyses confirment dès lors les résultats de l'étude australienne "*Sex in Silence*" (Goggin, Sotiropoulos, 1994). En effet, la moitié des "benjamins" de nos enquêtes s'enferment dans un "non dit", leurs parents et leurs amis ignorant tout de leur orientation sexuelle. La difficulté pour ces jeunes semble moins résider dans le passage à l'acte ou leur auto-désignation comme "homosexuel" que dans la peur du conflit ou du rejet que l'annonce de cette sexualité différente pourrait susciter chez leurs proches. Ce mur de silence s'effrite quelque peu avec l'acquisition des autonomies. La recherche d'un nouvel environnement est un des moyens importants pour briser cette solitude.

Après avoir analysé les conditions dans lesquelles se déroule la vie sexuelle des jeunes répondants, nous allons à présent nous centrer sur leur adaptation au risque lié au VIH.

### **3. L'état du *safer sex* parmi les jeunes**

Depuis deux ans environ, la prévention et les recherches s'intéressent aux jeunes homosexuels. La plupart des études cherchent à déterminer s'ils sont plus ou moins à risque que leurs aînés. Dans un document récent, des chercheurs anglais du projet SIGMA (Hickson *et al.* 1994) ont recensé trois sources qui sont à l'origine de ce questionnement et des nombreux débats qu'il a suscité. Des études quantitatives (Gold, Skinner, 1992 ; Choi *et al.*, 1994 ; van Griensen *et al.*, 1994) auraient récemment mis en évidence des comportements "inconséquents" parmi les jeunes gais. Ce point de vue aurait été conforté par d'autres sources. Les centres de consultation vénériens ont noté une augmentation des gonorrhées rectales et les centres de surveillance de l'épidémie du sida ont repéré de forts taux de contamination parmi les jeunes homosexuels. A partir des données de notre enquête, nous considérons que, si des prises de risque existent chez nos jeunes répondants comme chez leurs aînés, ces événements se concentrent, comme nous le verrons, dans des sous-populations plus spécifiques. Cette caractéristique doit être prise en compte afin d'analyser les diverses adaptations à l'épidémie et l'efficacité des stratégies d'évitement mises en oeuvre par les jeunes répondants. Au préalable, nous nous attachons à définir les sources d'information et la qualité de leur information sur le VIH.

#### ***L'information***

---

<sup>97</sup> A l'exception d'une minorité indépendante de l'âge qui s'installe dans la dénégation de leur sexualité exclusivement homosexuelle.

Dans l'ensemble, les jeunes répondants sont bien informés sur le sida : comme leur aînés, plus de sept jeunes sur dix s'estiment suffisamment avertis. Il n'en reste pas moins vrai que trois répondants sur dix ne se sentent pas vraiment informés sur le sida.

Tableau 23 : Vous sentez vous suffisamment informé sur le sida :

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 47)	(118)	(228)	(291)	(299)	(336)	(1896)	(3215)
oui, suffisamment	81%	70%	71%	73%	73%	73%	79%	76%
non, pas vraiment	17%	28%	28%	26%	25%	24%	20%	22%
non, pas du tout	2%	3%	2%	1%	2%	3%	1%	2%

Si oui, comment (plusieurs réponses possibles) :

par la presse	53%	62%	55%	54%	60%	57%	62%	60%
par la télévision	47%	48%	41%	39%	36%	34%	38%	38%
par la radio	23%	28%	21%	19%	21%	14%	21%	21%
par la presse homo	72%	66%	69%	64%	66%	66%	69%	68%
auprès perman.téléph.	9%	11%	12%	8%	6%	9%	7%	8%
par des conf.associat.	<b>21%</b>	14%	14%	12%	11%	16%	14%	14%
par des amis	43%	39%	<b>46%</b>	41%	39%	36	31%	35%
par la presse médicale	19%	15%	20%	18%	18%	19%	18%	19%
par votre médecin	17%	<b>9%</b>	19%	20%	27%	24%	<b>27%</b>	25%
par les institut.publ.	<b>30%</b>	10%	9%	<b>14%</b>	9%	11%	8%	10%
par brochures prévent.	68%	61%	63%	65%	63%	60%	58%	60%

Et à qui accordez-vous le plus de confiance (plusieurs réponses possibles)?

à la presse	9%	14%	16%	19%	20%	17%	20%	19%
à la télévision	2%	7%	5%	7%	6%	5%	7%	7%
à la radio	-	2%	2%	5%	5%	4%	4%	4%
à la presse homosex.	47%	54%	54%	52%	58%	50%	57%	55%
à une perm. téléphon.	<b>15%</b>	<b>17%</b>	<b>16%</b>	11%	10%	12%	8%	10%
aux conf. d'associat.	34%	29%	27%	29%	26%	29%	25%	26%
aux discussions/amis	6%	<b>10%</b>	8%	6%	6%	9%	6%	7%
à la presse médicale	28%	25%	29%	31%	26%	26%	25%	26%
à votre médecin	32%	<b>25%</b>	32%	30%	35%	35%	35%	34%
aux institutions publ.	11%	9%	10%	11%	8%	9%	<b>6%</b>	7%
aux broch. prévention	57%	57%	57%	59%	55%	52%	49%	51%

Si le médecin constitue une source d'information potentielle, on observe que le quart des répondants seulement le cite comme informateur. Il semble que cette caractéristique soit liée au fait que la majorité des jeunes ont des difficultés à parler de leur homosexualité avec un médecin : celui-ci ignorent bien souvent l'orientation sexuelle de son jeune patient.

Tableau 24 : Le médecin est au courant de la vie sexuelle de son patient

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	(46)	(116)	(226)	(285)	(294)	(329)	(1857)	(3153)
non	<b>79%</b>	<b>72%</b>	<b>66%</b>	<b>62%</b>	49%	50%	40%	57%

Nos données montrent cependant qu'avec l'âge cette situation s'améliore puisque si, à 20 ans, 9% des répondants ont des informations sur le sida par l'intermédiaire de leur médecin, ce taux passe à 27% pour les 30 ans et plus. Nous allons à présent nous intéresser aux autres sources d'informations utilisées par les jeunes répondants.

Ceux-ci se caractérisent par la confiance qu'ils accordent aux permanences téléphoniques, aux brochures de prévention et aux conversations amicales. Les " benjamins " sont, quant à eux, particulièrement sensibles aux messages émanant des institutions publiques et des associations. La presse homosexuelle a certainement un rôle important à jouer auprès des plus jeunes. En effet, pour les deux tiers des moins de 21 ans, cette presse représente d'abord un contact avec le monde homosexuel qui pourrait, pour une forte minorité d'entre eux, être un des seuls liens qu'ils entretiennent avec d'autres homosexuels. On peut en

donner pour preuve l'existence d'une proportion importante de " benjamins " (23%) qui se servent de la presse pour surmonter leur sentiment de solitude. Rappelons que par ses services spécialisés, cette presse joue également un rôle important pendant la période d'initiation sexuelle : le tiers des impétrants a recours aux petites annonces pour rencontrer un partenaire sexuel. Si le rôle de cette presse reste important, il faut cependant noter que, par rapport aux années précédentes, son capital de confiance s'effrite fortement. En effet, à la suite de la crise grave de cette presse spécialisée - qui se traduit, depuis deux ou trois ans, par une forte instabilité des titres - la confiance du lectorat est ébranlée. En 1991, ce média bénéficiait à propos de l'information qu'il divulguait sur le sida à la fois d'une large audience (90%) et d'un fort capital confiance (65%). En 1993, le bouleversement du paysage éditorial en a fortement réduit l'audience (75%) et le crédit (55%). Cette chute affecte indifféremment toutes les catégories de répondants.

Dans l'ensemble, les jeunes répondants expriment une demande d'information forte : plus de la moitié d'entre eux voudrait en savoir davantage sur les symptômes, les traitements et les vaccins. Les " benjamins " ont une attente importante à propos du *safer sex* et des voies de transmission. Cette génération n'est pas indifférente aux drames personnels et collectifs que la maladie engendre, ainsi le quart des moins de 20 ans souhaite avoir des informations sur les associations d'aide aux personnes atteintes. Cette générosité de coeur s'accompagne d'une autre demande plus inquiétante, significativement plus importante parmi les plus jeunes : il s'agit d'une demande d'information sur les critères permettant de reconnaître un séropositif ou un malade qui va de pair avec une demande d'informations sur les symptômes et les manifestations de la maladie.

**Tableau 25** : Informations souhaitées

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 47)	(118)	(228)	(291)	(299)	(336)	(1896)	(3215)
traitements/vaccins	34%	50%	46%	49%	45%	47%	41%	43%
symptômes	<b>47%</b>	<b>51%</b>	<b>49%</b>	<b>51%</b>	41%	40%	37%	40%
voies de transmission	32%	25%	34%	33%	33%	35%	29%	31%
vécu de la maladie	19%	<b>34%</b>	29%	<b>35%</b>	31%	27%	25%	27%
risque/vie quotidienne	23%	29%	<b>35%</b>	27%	27%	22%	23%	25%
<i>safer sex</i>	<b>32%</b>	26%	<b>32%</b>	25%	28%	24%	22%	24%
assoc.aide/séropositifs	26%	22%	28%	24%	30%	23%	20%	22%
test et séropositivité	26%	21%	21%	21%	20%	18%	16%	18%
reconnaître séroposi.	19%	<b>23%</b>	20%	14%	17%	14%	17%	17%

Ce souhait d'une gestion du risque passant par la mise à l'écart des séropositifs<sup>98</sup> se retrouve dans la demande, notablement plus marquée chez les jeunes (un tiers des moins de

<sup>98</sup> Nous reprenons ici l'analyse développée en population générale par M. Pollak, W. Dab et J.P. Moatti (1989) : " Deux groupes aux systèmes de représentations et de dispositions cohérents se dégagent de l'analyse comparative des études et reflètent de façon assez pure l'opposition entre une gestion délibérée, jouant sur le libre consentement des personnes, et une gestion répressive du sida. " (...) " Ceux qui forment le premier de ces deux groupes prennent effectivement leurs responsabilités et ont déjà changé leur comportement sexuel et n'acceptent aucune interférence avec la liberté individuelle ". (...) " Les seconds font essentiellement confiance à la répression et à l'exclusion. "

22 ans)<sup>99</sup> comme parmi les classes populaires, d'un contrôle de l'épidémie par la mise en place d'une politique de dépistage de la population générale et des groupes les plus exposés. Ce désir est probablement l'expression d'un sentiment de fragilité et de précarité. Certains jeunes répondants se sentant incapables de se mettre à l'abri du risque par leurs propres moyens. Cette population, d'autant plus fragilisée que son entrée dans la carrière sexuelle est récente, a tendance, comme les autres populations marginales, à se tourner vers les garants institutionnels qui, selon elle, pourraient circonscrire l'épidémie par le contrôle des personnes contaminées. Avec le temps et l'expérience, les choses s'améliorent : le jeune homme qui a des rapports avec d'autres hommes s'affirme dans un style de vie socio-sexuel minoritaire s'exerçant dans un milieu à forte prévalence du VIH : il opte dès lors de plus en plus pour un contrôle personnel du risque.

### *L'adaptation à l'épidémie.*

Nous allons à présent étudier l'adaptation à l'épidémie des jeunes répondants en nous intéressant à leur usage du préservatif, leur recours au test et, plus globalement, aux différentes stratégies qu'ils mettent en oeuvre avec leurs partenaires stables ou de rencontre.

### *L'usage du préservatif*

Selon un décompte qui retient les emplois réguliers et occasionnels du préservatif<sup>100</sup>, son usage est largement répandu chez les jeunes gais. Dès l'âge de 20 ans, quatre jeunes sur cinq en sont utilisateurs.

**Tableau 26 :** L'usage du préservatif

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 47)	(118)	(228)	(291)	(299)	(336)	(1896)	(3215)
oui	77%	81%	82%	78%	81%	81%	75%	77%
non	23%	20%	18%	22%	19%	19%	<b>25%</b>	23%

C'est entre 22 et 29 ans, que le préservatif et son complément, le lubrifiant, sont les plus utilisés et les mieux acceptés<sup>101</sup>, les seules critiques portent alors sur leur odeur désagréable. Les " benjamins " déclarent quant à eux être parfois pris de court : ainsi 21% d'entre eux contre 6% pour les plus de 21 ans considèrent que " les préservatifs font défaut au bon moment ". Ce constat intervient malgré l'effort des pouvoirs publics pour rendre ce produit accessible à tous. Par ailleurs, un jeune de moins de 21 ans sur quatre continue à trouver que cet objet évoque trop le sida, ce qui ne l'empêche pas, dans l'ensemble, d'accepter son usage.

L'usage du préservatif nécessite l'acquisition d'un certain " savoir-faire " que tous les répondants ne semblent pas maîtriser. Parmi les utilisateurs, le nombre d'incidents (ruptures et glissements) atteint un maximum vers l'âge de 22-23 ans ; un utilisateur sur

<sup>99</sup> Après 25 ans, un homosexuel sur cinq souhaite encore une intervention répressive de l'Etat.

<sup>100</sup> Au cours des douze derniers mois, le répondant a coché au moins une fois qu'il utilise " parfois " ou " toujours " le préservatif (huit questions l'interrogent sur la protection de la pénétration et de la fellation avec son partenaire stable et avec ses partenaires de rencontre).

<sup>101</sup> Les plus de trente ans sont significativement plus réticents vis-à-vis du préservatif.

deux rend alors compte de problèmes intervenus au cours de l'année. Par la suite, ce taux d'incidents se stabilise autour de 40%. C'est donc presque un jeune sur deux qui pourrait avoir été exposé accidentellement au risque. Ainsi, aux résistances psychologiques s'ajoutent d'importantes difficultés liées au maniement technique de l'objet "préservatif" que devraient prendre en compte les campagnes de prévention.

Tableau 27 : En utilisant un préservatif ces 12 derniers mois, vous est-il arrivé qu'un préservatif<sup>102</sup>:

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	(36)	(95)	(187)	(228)	(243)	(271)	(1415)	(2475)
se déchire	17%	30%	<b>40%</b>	27%	28%	28%	29%	29%
s'en aille	11%	18%	13%	17%	13%	18%	16%	16%
se déchire/s'en aille	29%	43%	<b>48%</b>	39%	38%	37%	39%	39%

Ces incidents sont-ils dus à un mésusage des lubrifiants ? Si le préservatif est très vite adopté, son bon usage associé à un lubrifiant approprié nécessite en revanche un temps d'apprentissage. Bien que l'utilisation régulière des gels à base d'eau se répande avec l'âge, leur combinaison avec la salive reste, pour plus du quart des répondants, une pratique courante jusqu'à l'âge de 22-23 ans; l'usage de lubrifiants gras concerne 7 à 9% des jeunes et perdure ainsi jusqu'à 25 ans.

Tableau 28 : Utilisez-vous des lubrifiants avec les préservatifs, si oui lesquels ?

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	(33)	(89)	(181)	(215)	(220)	(263)	(1308)	(2309)
jamais	18%	11%	12%	15%	9%	<b>6%</b>	12%	11%
oui, gels	67%	62%	74%	69%	69%	74%	77%	74%
oui, salive et gels	25%	<b>32%</b>	17%	22%	26%	23%	17%	20%
oui, huiles	8%	7%	8%	9%	5%	<b>3%</b>	6%	6%

Comme leur aînés, les jeunes ont à faire face à une demande de rapports sexuels non protégés et ils savent, sans distinction d'âge, imposer leur exigence d'une sexualité à moindre risque.

Tableau 29 : Vous est-il déjà arrivé de vouloir utiliser un préservatif avec une personne qui ne voulait pas en utiliser ? si oui qu'avez-vous fait:

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	(47)	(118)	(228)	(291)	(299)	(336)	(1896)	(3215)
non	54%	56%	52%	56%	64%	57%	57%	57%
oui, a été <i>safe</i>	41%	40%	43%	40%	33%	39%	39%	39%
oui, rapp.sans préserv.	5%	4%	5%	4%	4%	5%	4%	4%

Lorsqu'ils sont confrontés contre leur avis à ce type de demande, une écrasante majorité de jeunes maintient une attitude de *safer sex* soit en imposant l'usage du préservatif, soit en renonçant au rapport sexuel. Comme on le verra ultérieurement, parmi ceux qui ont été confrontés à une demande de rapports non protégés, la minorité (environ 10%) qui n'arrive pas négocier les modalités du rapport sexuel et à imposer son souhait d'une sexualité à

<sup>102</sup> Les pourcentages sont calculés sur la base des personnes concernées par la question, c'est-à-dire des utilisateurs de préservatifs.



moindre risque a un profil particulier : ces jeunes gens cumulent en effet des fragilités sociales qui les rendent plus vulnérables dans les négociations.

La gestion du risque VIH passe également par le recours au test que nous allons analyser à présent.

#### *Le recours au test*

Très tôt, la pratique volontaire du dépistage au VIH se banalise chez les “ benjamins ” : dès l’âge de vingt ans, la moitié des répondants sont testés ; à 22-23 ans, ce taux avoisine les 80% ; par la suite, la proportion de répondants testés atteint un point de saturation et se stabilise autour de 85%. Etre homosexuel induit un recours au test de dépistage du VIH très spécifique comme le montre la comparaison de nos répondants avec les jeunes hommes de l’enquête ACSF. Dans cette enquête datant de 1992, 12% des jeunes gens en population générale sont testés à 18-19 ans, ce taux étant de 33% dans la classe d’âge 20-29 ans. Les différences entre la population générale et nos répondants sont très fortes, en effet, aux mêmes âges, respectivement 52% et 81% des répondants presse gaie sont testés.

**Tableau 30 :** Avez-vous passé un test pour savoir si vous avez été en contact avec le VIH ?

classes d’âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 47)	(118)	(228)	(291)	(299)	(336)	(1896)	(3215)
non	50%	36%	22%	20%	15%	14%	16%	18%
oui, une fois	28%	34%	35%	36%	33%	34%	33%	34%
oui, plusieurs fois	22%	30%	44%	44%	53%	52%	51%	49%
% d’individus testés	+14	+14	+2	+5	+1	-2		

Cette auto-surveillance se caractérise également par une répétition des contrôles. Dès l’âge de 22-23 ans, les deux tiers des répondants testés ont voulu à nouveau faire le point sur leur statut sérologique<sup>103</sup>. Avec l’âge, la proportion de séropositifs croît fortement. Avant 24 ans, 3% des jeunes sont contaminés, ce taux passe à 12-13% entre 24 et 27 ans et à partir de 28 ans, cette proportion se stabilise autour de 20-21%.

Nous allons à présent nous intéresser aux prises de risque repérables chez les jeunes répondants.

#### *L’adaptation au risque : les jeunes sont-ils plus à risque que leurs aînés ?*

On a pu constater que les “ jeunes adultes ” étaient un des segments les plus actifs sexuellement de la population homosexuelle ; or, comme nous allons le voir, ils ne déclarent pas significativement plus de risque que leur aînés.

**Tableau 31 :** Ces douze derniers mois, avez-vous pratiqué au moins une fois, une pénétration non protégée avec un partenaire dont vous ne connaissiez pas le statut sérologique ou qui était d’un statut sérologique différent du vôtre ?

classe d’âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 45)	(113)	(222)	(280)	(292)	(325)	(1815)	(3092)
non	78%	74%	78%	78%	79%	79%	79%	79%
oui, il s’agissait :								

<sup>103</sup> Les raisons évoquées par les répondants pour expliquer leur pratique du test sont abordées dans le chapitre du présent rapport consacré à la diffusion du test parmi les gais.

d'un part.stable	7%	10%	9%	5%	8%	7%	5%	6%
de part.occasionnels	13%	12%	11%	15%	11%	11%	12%	12%
de p. stable et occas.	2%	4%	2%	2%	2%	3%	4%	3%

Si, comme le montre le tableau précédent, les déclarations de “ risque majeur ” (au moins une pénétration non protégée avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou différent) sont indépendantes de l'âge, par contre, quelques particularités apparaissent lorsque l'on observe les tactiques d'évitement de l'épidémie.

Comme nous l'avons montré dans d'autres travaux (Schiltz, 1993 ; Schiltz, Adam, 1995), ces différentes options sont les composantes de stratégies plus globales de gestion du risque<sup>104</sup>. Le tableau suivant indique la part de ces différentes stratégies selon l'âge des répondants :

Tableau 32 : Les stratégies mises en oeuvre

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 47)	(118)	(228)	(291)	(299)	(336)	(1896)	(3215)
pas de stratégie	4%	3%	1%	3%	2%	1%	1%	2%
maintien des risques	<b>11%</b>	6%	3%	3%	2%	4%	4%	4%
sélectionniste	11%	<b>14%</b>	8%	9%	10%	6%	8%	8%
engagement de fidélité	4%	8%	8%	7%	8%	7%	7%	7%
SSR hors du couple	6%	7%	8%	6%	6%	5%	6%	6%
protectionniste	64%	64%	71%	73%	72%	77%	74%	73%

A partir de ce panorama, on peut tenter une première évaluation des prises de risques des jeunes répondants. Lorsqu'on recompose ces diverses modalités d'évitement de l'épidémie en stratégies, il apparaît alors que les “ benjamins ” (21 ans ou moins) sont proportionnellement plus nombreux (26% et 23% contre environ 13% pour les autres) à se situer dans une “ zone à risque ” (pas de stratégie déclarée, maintien de comportements à risque et sélection de partenaires ou de lieux de drague). Il se confirme, par ailleurs, que les jeunes (28-29 ans), qui ont commencé leur vie sexuelle au moment où le *safer sex* a été élaboré et diffusé sont les plus attachés à la stratégie “ protectionniste ”, c'est-à-dire à la protection ou à l'abandon des pratiques à risque.

Ces deux indicateurs (déclaration d'au moins une pénétration non protégée et stratégie d'évitement de l'épidémie) peuvent être relativement subjectifs (cf.: chapitre 3), aussi allons nous attacher à estimer le risque encouru par les jeunes répondants au travers les pratiques sexuelles et leur degré de protection.

Depuis 1991, de nombreuses études ont montré que la gestion du risque variait fortement selon la nature de la relation avec le partenaire. Nous analyserons à présent la gestion du risque avec le partenaire stable puis avec les partenaires de rencontre.

#### *La gestion du risque avec le partenaire stable : une responsabilité partagée ?*

<sup>104</sup> La gestion du risque ne se réduit pas à l'adoption du préservatif. Certains hommes se contentent de diminuer les situations d'exposition, ils sont désignés par le terme “ sélectionnistes ”. D'autres s'appuient sur une stratégie de responsabilité partagée avec leur partenaire stable à partir d'une connaissance de leur statut sérologique et d'un engagement de fidélité ou de protection avec des partenaires de rencontre.

Très tôt, plus de la moitié des “ benjamins ” de l’étude sont engagés dans une relation privilégiée. Comme nous venons de le voir, tout comme leurs aînés, ces jeunes ne se sont pas contentés d'abandonner les pratiques les plus risquées, d'utiliser le préservatif ou d'éviter le sperme dans la bouche. Dans ce contexte de relation stable, certains jeunes réagissent de façon spécifique. Ainsi, c'est autour de la connaissance du statut sérologique<sup>105</sup> que se construisent des stratégies de couple fondées sur une responsabilité partagée entre les partenaires engagés dans une relation plus ou moins stable. Ces stratégies se concrétisent soit par un engagement de fidélité, soit par une promesse de protection des seules relations “ extra-conjugales ”. On peut alors se demander si cette stratégie diffère de celle de leurs aînés.

Si, à l'âge des premières autonomies, ils sont proportionnellement plus nombreux que les autres à déclarer rechercher une relation stable, ce n'est pas pour autant qu'une fois cette relation établie, le comportement des “ jeunes adultes ” diffère de celui de leurs aînés (tableau 33). En effet, ils ne sont alors pas significativement plus nombreux à adopter un système de protection uniquement fondé sur la responsabilité partagée. La seule différence perceptible est à mettre en rapport avec leur activité sexuelle. Le segment des jeunes adultes (20-25 ans) est relativement plus attaché à la pénétration que les segments de population plus jeunes ou plus âgés : avec leur partenaire stable, exception faite des “ benjamins ”, ils sont moins nombreux à ne pas pratiquer la pénétration (6% à 9% contre 13% pour les plus de 30 ans) mais ces différences ne sont cependant pas significatives.

Tableau 33 : Pratique et protection de la pénétration avec des partenaires stables

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 26 )	( 79 )	( 149 )	( 165 )	( 198 )	( 197 )	( 1025 )	( 1839 )
pas de pénétration	12%	9%	7%	7%	6%	13%	13%	11%
pén.toujours protégée	39%	46%	38%	36%	40%	38%	36%	37%
pén.parfois/jamais prot.	50%	45%	56%	57%	54%	50%	51%	52%

Comme on l'a vu, les déclarations d'une pénétration non protégée avec un partenaire stable de statut sérologique inconnu ou différent subissent avec l'âge quelques légères variations (tableau 31). Vers 20-21 ans, on observe un pic (14% de déclaration contre 9% pour le reste des répondants). Cette variation difficile à interpréter et statistiquement non significative est confirmée dans le tableau 33, on constate à cet âge une moindre protection de la pénétration avec le partenaire stable (45% contre plus de 50% pour les autres tranches d'âge) mais cette différence très momentanée n'est pas non plus statistiquement significative. Aucun résultat ne nous autorise donc à penser que les jeunes, même s'ils sont plus nombreux à croire à la possibilité d'établir une relation privilégiée, soient plus exposés au risque que leurs aînés et “ aveuglés ” par l'amour. Nous allons à présent nous intéresser à la gestion du risque avec les partenaires de rencontre.

#### *La gestion du risque avec les partenaires de rencontre*

Comme leurs aînés, les jeunes homosexuels sont plus prudents avec leurs partenaires occasionnels. Lors de leurs rapports sexuels anonymes, huit jeunes sur dix ne pratiquent

<sup>105</sup> Comme on l'a vu, très tôt les jeunes homosexuels ont recours au test de dépistage au VIH.

pas la pénétration ou se protègent systématiquement, alors que, comme nous l'avons vu, à peine un répondant sur deux maintient cette même prudence avec le partenaire stable.

Quel que soit l'âge, l'usage des préservatifs pour la fellation est peu répandu (13%). Cependant, même pour ces pratiques orales, la prudence est de règle, on note ainsi que neuf jeunes sur dix évitent le sperme dans la bouche.

Dans le cadre des rencontres occasionnelles, le répertoire sexuel est moins varié, un répondant sur cinq ne pratique pas la pénétration. A l'exception d'une minorité (15%), significativement plus importante parmi les " benjamins " (22-23%), la majorité des jeunes qui pratiquent la pénétration se protègent systématiquement.

**Tableau 34** : Pratique et protection de la pénétration avec des partenaires occasionnels

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
effectif	( 45)	(113)	(222)	(280)	(292)	(325)	(1815)	(3092)
pas de pénétration	23%	22%	19%	16%	20%	14%	20%	19%
pén.toujours protégée	54%	57%	67%	68%	65%	71%	62%	64%
pén.parfois/jamais prot.	<b>23%</b>	<b>22%</b>	15%	16%	15%	16%	18%	18%

Même s'ils ont des rapports sexuels plus occasionnels, l'indication de la protection de la dernière pénétration avec des partenaires occasionnels confirme une exposition inquiétante des plus jeunes répondants : ainsi, 23% des 16-19 ans et 13% des 20-21 ans ne se sont pas protégés à cette occasion (contre 8 à 9% des 22-29 ans et 10% de ceux qui ont 30 ans ou plus). D'après les données de l'enquête 1993, on peut donc conclure que les très jeunes sont une population particulièrement fragile face au risque du VIH, même si, comme on le verra ultérieurement, ils semblent être protégés tout au moins temporairement de la séropositivité. La faible prévalence du VIH parmi les plus jeunes s'expliquerait tout au moins en partie par leur mode de vie relativement en marge de la communauté (une sexualité plus occasionnelle dans un réseau d'échanges sexuels où la prévalence pourrait être moins forte). Par la suite, bien que les grandeurs ne soient pas significativement différentes de celles de leurs aînés, en pratiquant la pénétration non protégée avec des partenaires de rencontre, chaque année une proportion non négligeable de " jeunes adultes " s'exposent au risque du VIH.

### **Conclusion**

Les jeunes de l'échantillon ont entendu pour l'essentiel les messages de la prévention. Ce constat porte également sur des sujets controversés comme, par exemple, les risques liés aux pratiques orales et les attitudes préventives à adopter à cette occasion. En revanche, les " benjamins " rencontrent plus souvent des difficultés : ainsi, le préservatif est moins intégré et le bon usage des lubrifiants est encore incertain. En ce qui concerne les prises de risque, il apparaît que les taux de déclaration de pénétrations non protégées avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou discordant ne sont pas différents des taux déclarés par leurs aînés. Nous ne pouvons cependant pas nous contenter de cette égalité et négliger le fait que, quel que soit l'âge, plus d'un homosexuel sur cinq déclare avoir dans l'année encouru un risque majeur. Il s'agit de faire un effort de communication en direction des plus jeunes dans la mesure où une intervention précoce sera d'autant plus efficace que, selon les résultats d'une étude néerlandaise (Van den Bergh, Van den Hoek, Sandfort,

1993), les premières expériences apparaissent comme décisives : une bonne protection des premiers rapports sexuels aurait des effets à long terme sur la régularité d'une sexualité à moindre risque.

Après avoir analysé l'adaptation au risque des jeunes répondants, nous allons à présent nous attacher à l'état de santé de cette génération en considérant à la fois la prévalence du VIH et celle des MST.

#### **4. L'état de santé de la jeune génération**

Bien que des liens existent entre l'infection par le VIH et les maladies vénériennes, les politiques de prévention des MST et du sida ont été totalement dissociées jusqu'en 1995. Au moment de l'apparition du sida en France, c'est encore le dispositif de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles de 1942 qui est en place. Ce dispositif législatif est fondé sur l'obligation de traitement de "l'agent contaminateur" lorsque celui-ci est repéré. En réalité, ce dispositif de lutte contre les MST n'est pas appliqué et, en l'absence d'information de qualité et de responsabilisation des individus, c'est plutôt une politique du "laisser faire" qui prévaut (Brunet, 1990 ; Jean, 1990). Dans les années quatre-vingts, la prévention du VIH apparaît. Elle est fondée sur la qualité de l'information qui doit conduire à la responsabilisation des individus avec un souci permanent de non-rejet des personnes contaminées. Ce nouveau dispositif de santé publique, très médiatisé, laisse cependant intact l'ancien appareil de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles : deux systèmes coexistent alors, l'un théoriquement fondé sur la contrainte administrative, l'autre sur la promotion d'une gestion individuelle de la santé (Pollak, 1990). Exception faite d'allusions à l'hépatite B et au pouvoir protecteur des préservatifs pour d'autres MST qui ont été introduites dans des campagnes récentes<sup>106</sup>, la prévention du VIH a été dissociée de celle des autres maladies vénériennes. Or, même si l'interprétation en est complexe, les liens entre les MST et le sida sont désormais attestés et cette association n'est pas le simple reflet d'une vie sexuelle plus active, elle subsiste à niveau d'activité sexuelle similaire (Job-Spira, 1990, Meyer *et al.*, 1994). Nous allons à présent nous intéresser à la prévalence des MST et du VIH selon les différentes classes d'âges.

##### ***Deux paliers de prévalence des MST et du VIH***

Comme le montre le tableau 35, en l'absence d'une politique active de lutte contre les MST, les jeunes sont mal informés et peu responsabilisés : très tôt, à l'âge de 20-21 ans, 15% des répondants ont contracté une MST. Dès l'âge de 24 ans, le quart d'entre eux est touché. A 28-29 ans, 40% des répondants rendent compte d'une MST au cours de leur vie, ce taux dépasse ensuite les 50% pour les plus vieux. Parmi les MST, la blennorragie<sup>107</sup>, l'herpès et les crêtes-de-coq sont les plus cités.

---

<sup>106</sup> En janvier 1995, le Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville dans son nouveau plan de communication sur l'infection à VIH informe pour la première fois le grand public sur le fait que "le préservatif protège aussi des maladies sexuellement transmissibles (MST)".

<sup>107</sup> Les taux de blennorragies contractées dans l'année sont indépendants de l'âge et stables, autour de 3% et 4%.



Tableau 35 : Avez-vous déjà eu des MST ?

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectif</i>	( 47)	(118)	(228)	(291)	(299)	(336)	(1896)	(3215)
au moins une MST	2%	15%	21%	26%	29%	41%	54%	43%
	<b>+13</b>	<b>+6</b>	<b>+4</b>	<b>+3</b>	<b>+12</b>	<b>+13</b>		
dont une MST l'an dernier	4%	10%	9%	9%	6%	11%	6%	7%
au moins une blenno	0%	5%	8%	14%	16%	22%	39%	29%
	<b>+5</b>	<b>+3</b>	<b>+6</b>	<b>+2</b>	<b>+6</b>	<b>+17</b>		
au moins une syphilis	0%	3%	0%	1%	2%	5%	17%	11%
	<b>+3</b>	<b>-3</b>	<b>+1</b>	<b>+1</b>	<b>+3</b>	<b>+12</b>		

Cette prévalence importante des MST parmi les homosexuels est inquiétante car l'atteinte vénérienne peut être considérée comme un marqueur de risque d'exposition au VIH. En effet, à tous les âges on constate une forte disparité de la prévalence du VIH selon le passé vénérien des individus : ainsi parmi les répondants qui ont contracté une MST, 20% des moins de 20 ans, 20% entre 21-25 ans, 32% entre 26-30 ans et 28% au-delà de 30 ans sont séropositifs contre respectivement 0%, 3%, 10% et 9% pour ceux qui ne déclarent aucune maladie sexuellement transmissible.

Comme pour les autres maladies sexuellement transmissibles, la prévalence du VIH croît avec l'âge, mais de façon irrégulière avec, à certaines époques de la vie, d'importants paliers. Avant 24-25 ans la prévalence est relativement faible (3%). Subitement, vers 24-25 ans, ce taux grimpe à 12%-13%. On observe ensuite qu'à partir de 28-29 ans, la prévalence fait un saut pour atteindre 20%.

Tableau 36 : Si oui, êtes-vous actuellement :

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectifs</i>	(24)	(74)	(176)	(237)	(246)	(272)	(1551)	(2580)
séronégatif	100%	97%	97%	88%	87%	80%	79%	83%
séropositif	-	3%	3%	12%	13%	20%	21%	17%
		<b>-</b>	<b>+3</b>	<b>+0</b>	<b>+9</b>	<b>+1</b>	<b>+7</b>	<b>+1</b>

Nous allons, dans cette section, tenter d'interpréter l'existence de ces deux paliers et mettre en évidence les facteurs qui pourraient intervenir dans ces variations. Ceux-ci pourraient être de plusieurs ordres. On peut d'abord envisager de prendre en compte l'influence d'effets de génération liés aux grandes dates de la prévention ou encore, avec l'âge, l'influence de transformations importantes dans le mode de vie qui conduisent à une plus grande exposition aux risques vénériens.

Dans une première étape, afin de mettre en perspective la première expérience sexuelle avec les grandes dates de la prévention, nous avons choisi de travailler non plus à partir de l'âge mais à partir de la "durée de la vie sexuelle". En effet, se concentrer sur le seul indicateur biologique que représente l'âge peut masquer la composante importante qu'est la date d'entrée dans la vie sexuelle ; celle-ci définit la "génération sexuelle" par rapport à l'apparition d'une nouvelle épidémie et la diffusion hétérogène parmi les populations exposées des moyens pour s'en protéger. Nos observations annuelles répétées depuis 1985,

nous ont permis de définir trois phases d'adaptation au risque : “ Dans un premier temps (1983-1984) l'inquiétude monte. Dans ce climat d'indécision émergent les “ pionniers ” et les précurseurs de la mobilisation anti-sida et safe sex.[...]. Après l'accès facile au test de dépistage, nous entrons, entre 1985-1986, dans la seconde phase. Le test rend visible l'ampleur de l'épidémie, notamment parmi les homosexuels. Une mobilisation s'ensuit, laquelle favorise une nouvelle éthique sexuelle dont la diffusion s'accélère et s'étend à toutes les classes moyennes avant d'être adoptée par les employés et les ouvriers. [...]. Cette deuxième phase s'étend jusqu'en 1988. Quand, en 1987, la vente libre des préservatifs est enfin accordée en France et que les pouvoirs publics organisent les premières campagnes d'information, le mouvement safe sex est déjà bien amorcé par les homosexuels eux-mêmes. (Apparaît ensuite une) troisième phase (qui est celle) de la stabilisation des acquis du safe sex à un niveau élevé, à l'exception de ceux dont la scolarité est inférieure au bac. ” (Pollak, Schiltz, 1991). Depuis 1991, nos observations confirment la stabilisation de la sexualité à moindre risque à un niveau constant et élevé, mais insuffisant pour enrayer l'épidémie parmi les homosexuels. Il s'agit donc de prendre en compte ces dates et les effets de génération qu'elles induisent avant d'analyser la prévalence des MST et du VIH dans chaque classe d'âge. Les tableaux suivants confirment l'existence de paliers de prévalence que nous avons mis en évidence dans un rapport précédent.

**Tableau 37** : A eu des MST selon la date de la première expérience sexuelle.

1ère exp.sexuelle en	92-93	90-91	88-89	86-87	84-85	82-83	avant 82	total
effectifs	(40)	(136)	(183)	(262)	(272)	(276)	(1931)	(3100)
oui	0%	15%	18%	25%	29%	36%	<b>54%</b>	44%
		<b>+15</b>	+3	<b>+13</b>	+4	+7	<b>+22</b>	

**Tableau 38** : Statut sérologique des individus testés selon la date de la première expérience sexuelle<sup>108</sup>.

1ère exp.sexuelle en	92-93	90-91	88-89	86-87	84-85	82-83	avant 82	total
effectifs	(18)	(94)	(139)	(213)	(226)	(236)	(1613)	(2539)
séronégatif	100%	99%	98%	91%	90%	79%	79%	83%
séropositif	0%	1%	2%	9%	10%	<b>21%</b>	<b>21%</b>	17%
		+1	+1	<b>+7</b>	+1	<b>+11</b>	+0	

Cette analyse selon la durée de la vie sexuelle confirme la spécificité des MST par rapport au VIH : en effet, en l'absence d'information et de responsabilisation des individus, l'initiation sexuelle est pour une forte minorité (15%), la période des premières atteintes vénériennes. Par la suite, comme pour l'âge<sup>109</sup>, deux périodes jalonnent l'impact des MST et du VIH :

<sup>108</sup> On peut s'interroger sur l'influence de jeunes qui négocient leurs charmes sur le taux de prévalence du VIH. Leur pratique du test ne diffère pas de celle des autres répondants, sauf qu'ils en spécifient mieux les résultats (5% n'indiquent pas le résultat du test contre 16% pour les autres). Cette population est effectivement plus exposée, mais en raison de la faiblesse des effectifs de ce groupe, la prévalence du VIH de l'ensemble de l'échantillon n'est pas affectée de façon significative.

<sup>109</sup> Ces dates correspondent aux paliers que nous avons décrits précédemment pour la séropositivité ([tableau 36](#)) : après 27 ans et avant 24 ans (âges moyens des hommes qui ont respectivement cinq et dix d'activité sexuelle).



- après cinq ans de vie sexuelle (première expérience sexuelle autour de 1987-88), on constate une brusque hausse de la prévalence des MST et du VIH,
- après dix ans de vie sexuelle (première expérience sexuelle autour de 1983-84), la prévalence augmente à nouveau fortement, celle des MST également mais avec un léger décalage dans le temps.

Dans les pages qui suivent nous allons tenter d'expliquer ces deux paliers en prenant en compte des effets de générations et, par ailleurs, des effets d'âge appréhendés à travers les séquences d'autonomisation mises en évidence au début de ce travail.

### *Les jeunes de 24-25 ans : cinq ans de vie sexuelle; début vers 1987-88*

Pour expliquer le premier palier, on peut tout d'abord chercher à savoir si, vers 24-25 ans, certains homosexuels se sachant particulièrement exposés recourent soudainement au test. L'analyse des contaminations récentes découvertes lors d'un premier test nous fournit une indication sur ce point. Il apparaît que c'est bien au moment de ce premier palier, vers 24-25 ans, que le taux des contaminations récemment connues est maximum. Dans cette classe d'âge, sur 26 séropositifs, 11 ont découvert leur séropositivité dans les dix-huit mois qui précèdent l'enquête (soit 42% des séropositifs de cette classe d'âge, contre 19% pour l'ensemble des séropositifs de l'échantillon). Bien que ces effectifs soient faibles, il apparaît cependant que ces découvertes récentes de contamination concernent autant les néophytes que les habitués du test. De ce fait, l'augmentation brutale de la prévalence du VIH (+7%) entre ces deux classes d'âge ne peut être imputée à un soudain accès au test de segments de la population qui seraient plus exposés.

Pour expliquer le premier palier, on peut donc s'interroger sur ce qui se passe en 1987-88 au moment où cette génération (24-25 ans) rentre sur le marché des échanges homosexuels. Cette première variation intervient au tournant des années 1987-88, au moment où le *safer sex* s'étend à toutes les catégories d'homosexuels, surtout auprès des plus jeunes : “ *Les jeunes forment un groupe à part. Se sentant initialement peu exposés, ils ont suivi, à partir de 1987 seulement, le modèle de leurs aînés [...], les plus jeunes de moins de 20 ans et les étudiants ont comblé leur déficit de protection et utilisent autant de préservatifs que leurs aînés. On assiste à l'émergence d'une nouvelle “ génération safe sex ” qui, contrairement à ce qui s'est passé il y a seulement cinq ans, a toutes les chances, au début de sa vie sexuelle, de rencontrer des partenaires qui eux-mêmes, pratiquent le safe sex ou, tout au moins, ne s'y opposent pas* ” (Pollak, Schiltz, 1991). Cette forte correspondance entre la diffusion généralisée du *safer sex* vers la fin des années quatre-vingts et la très faible prévalence du VIH constatée parmi les répondants les plus jeunes est confirmée par d'autres études récentes (Meyer *et al.*, 1994).

D'autres facteurs pourraient également intervenir dans l'explication de ce premier palier de prévalence. Nous formulons l'hypothèse selon laquelle cette hausse de la proportion de séropositifs dans nos échantillons vers 24-25 ans pourrait être concomitante aux autonomies affective et financière<sup>110</sup> auxquelles accède la majorité des répondants à cet âge. Bien que les cheminements vers l'autonomie soient très diversifiés, il semble que se

---

<sup>110</sup> Les jeunes n'habitent alors plus avec leurs parents, ils se sont rapprochés des grands centres urbains et sont entrés dans la vie professionnelle.

noient, à cette période de la vie, de multiples changements qui bouleversent la manière de vivre. Le tableau suivant montre qu'à 24-25 ans, 59% des répondants sont indépendants financièrement et ne vivent plus avec leur famille.

**Tableau 39** : Pourcentage de jeunes qui sont indépendants financièrement et ne vivent plus avec leur famille :

classe d'âge	16-19	20-21	22-23	24-25	26-27	28-29	30 et plus	total
<i>effectifs</i>	(24)	(74)	(176)	(237)	(246)	(272)	(1551)	(2580)
indépendants	0%	19%	31%	59%	72%	84%	86%	75%
	+19	+12	<b>+28</b>	+13	+12	+2		

Une bonne partie d'entre eux a également migré vers les grands centres urbains. Ces affranchissements induisent des changements importants dans leur sexualité. Avec l'âge, la proportion d'hommes qui ont plus de vingt partenaires dans l'année augmente<sup>111</sup>, la migration des jeunes vers la capitale les confronte à un marché sexuel où la prévalence du VIH est plus forte. Dans la mesure où ces bouleversements biographiques sont concomitants aux premiers sauts des prévalences des MST et du VIH repérables dans notre échantillon, il apparaît que les trajectoires individuelles interviennent également sur l'exposition au risque et la contamination.

Ainsi, la faible prévalence du VIH parmi les jeunes de moins de 25 ans, c'est-à-dire ceux qui sont entrés dans la sexualité après 1987, s'explique à la fois par la diffusion généralisée du *safer sex* à cette date et, par ailleurs, par des éléments biographiques. Ces jeunes, qui ne sont pas encore totalement autonomes, sont relativement protégés par le fait qu'ils ne profitent pas encore pleinement des possibilités de la drague homosexuelle.

Nous passons à présent à l'analyse du second palier de contamination.

#### ***Les jeunes de 28-29 ans : dix ans de vie sexuelle ; début vers 1983-84***

Pour ceux de nos répondants qui ont commencé leur sexualité au début des années 1980, nous constatons des taux de séropositivité très importants. Ainsi, 21% des répondants qui ont eu leurs premières expériences sexuelles avant 1984 sont touchés par le VIH, ce taux chute de moitié (9 à 10%) pour ceux qui ont eu leurs premières expériences sexuelles entre 1984 et 1987. Cette variation de la prévalence qui intervient pour les gens qui ont commencé leur sexualité avant ou après 1984 est plus aisée à interpréter. En effet, après 10 ans de vie sexuelle vers 28-29 ans, les modes de vie socio-sexuels des individus et la pratique du test sont indubitablement stabilisés : à cette période de la vie, nous n'avons pu détecter aucun changement notable, au sens statistique. Ainsi, nous pouvons attribuer cette chute importante de la proportion de séropositifs à un effet de génération : en effet, le *safer sex* commence à se développer à partir de 1984 et définit dès lors une nouvelle génération qui entre dans la sexualité en adoptant des mesures de prévention<sup>112</sup>.

<sup>111</sup> Ainsi 7 à 8% des répondants entre 20 et 25 ans déclarent plus de 20 partenaires dans l'année, ce taux double (15%) à partir de 26 ans ; c'est également à cet âge que la proportion de couples ouverts devient plus importante (de 19-21% à 28-29%).

<sup>112</sup> Dans le même temps, la proportion de répondants qui déclare avoir eu des rapports avec un partenaire séropositif chute également de moitié ; elle passe de 30% après dix ans de vie sexuelle, à 15% pour ceux qui ont commencé leur vie sexuelle après 1984.

### ***Conclusion***

Malgré une sensibilisation importante au risque sida qui se manifeste par une auto-surveillance précoce et répétée du statut sérologique, les prévalences du VIH et des autres MST augmente, mais de façon discontinue, avec l'âge et le temps dans la " carrière sexuelle ". Ces paliers correspondent à des événements biographiques et/ou générationnels. Pour le premier palier, il est difficile de faire la part des choses entre une influence de la diffusion du *safer sex* - qui s'étend à partir de 1987-88 à toutes les strates de la population homosexuelle - et celle des biographies individuelles qui influent sur l'exposition au risque. Au contraire, le second palier observable est plus facile à interpréter, pour les individus qui commencent leur sexualité autour de 1984 et qui ont à l'heure actuelle un mode de vie stabilisé, les variations de prévalence des MST et du VIH sont attribuables à une influence de la diffusion des gestes préventifs.

Cette analyse a pu mettre en évidence l'influence de la diffusion du *safer sex* sur les taux de séropositivité selon les classes d'âge. Mais, par ailleurs, si nos observations indiquent une amélioration de la situation épidémiologique pour les personnes de moins de 30 ans, on constate cependant que l'épidémie n'est pas enrayée. La génération qui a commencé sa carrière sexuelle au milieu des années quatre-vingts, c'est-à-dire avec le *safer sex*, reste très touchée par l'épidémie : entre 25 et 30 ans, un jeune lecteur sur dix est séropositif<sup>113</sup>. Les " benjamins " présentent quant à eux des caractéristiques spécifiques. On ne peut pas considérer comme un acquis de la prévention les faibles taux de prévalence que l'on constate (moins de 3%) dans ce groupe. Notre analyse nous incite à retenir l'hypothèse, à côté de l'effet de la diffusion généralisée d'un nouvel art de se protéger, d'une influence importante des trajectoires individuelles. En effet, on sait que vers 24-25 ans, des événements biographiques sont concomitants à une hausse brutale de la proportion de séropositifs parmi les répondants. Les benjamins de nos enquêtes qui vont développer des trajectoires biographiques similaires risquent donc, dans un avenir proche, de se retrouver confrontés aux mêmes situations d'exposition. En l'état actuel de nos connaissances, on ne peut écarter l'hypothèse selon laquelle la faible prévalence du VIH parmi les benjamins de l'étude pourrait être simplement temporaire<sup>114</sup>.

---

<sup>113</sup> A titre de comparaison, les taux de prévalence du VIH dans des échantillons comparables sont, aux Pays-Bas ou en Allemagne du même ordre, mais ceci pour l'ensemble des gais, tous âges confondus.

<sup>114</sup> Dans une prochaine enquête, il s'agira de confirmer ou d'infirmer la permanence de cette faible prévalence du VIH parmi les plus jeunes générations. Ainsi, nous pourrions peut-être, grâce au recul du temps, établir si pendant la période d'initiation sexuelle, les " benjamins " de l'étude sont relativement protégés par leur style de vie ou si la jeune génération contrôle effectivement mieux la transmission du virus à la suite de la diffusion massive du *safer sex* et d'une prévalence du VIH en diminution.

## **5. - Les réactions à l'épidémie selon l'âge et les caractéristiques sociales des répondants**

Jusqu'à présent, l'âge apparaît dans notre présentation comme une variable essentielle de notre analyse. En effet, nous avons focalisé notre étude sur les étapes du processus d'émancipation des jeunes homosexuels en montrant les allures originales qu'il prenait par rapport à l'ensemble des jeunes français de leur génération. Par ailleurs, nous avons également tenté de voir s'il existait, selon l'âge des répondants, des modalités particulières d'exposition au risque (VIH et MST) et de gestion de la prévention. Il s'agit à présent de déterminer l'influence éventuelle d'autres facteurs. La littérature sociologique sur le sujet s'est attachée à montrer que les modalités de transition vers l'âge adulte sont en effet multiples (tout comme les modalités de gestion du risque et les situations d'exposition au risque) et que les conditions de vie ne sont pas sans effet sur les itinéraires. Dans la mesure où au sein d'une même classe d'âge, se cachent des " *univers sociaux qui n'ont pratiquement rien de commun* " (Bourdieu, 1980), nous avons souhaité terminer notre analyse par une analyse factorielle des correspondances qui fait ressortir en plus de l'âge les autres facteurs sociaux structurant notre population.

### ***La lecture des résultats***

L'analyse des correspondances permet de prendre en compte simultanément les caractéristiques sociales des répondants, leur gestion du risque, leur recours au test, leur état de santé, leurs modes de vie socio-sexuels et l'acceptation de leur homosexualité par l'entourage. Cette technique permet une visualisation synthétique des principales relations entre ces différentes composantes. La lecture du graphique en terme de proximité ou d'éloignement entre les diverses caractéristiques donne une image générale de la structure de la population. Cette structuration se présente sous la forme d'axes successifs. Les oppositions ainsi mises en évidence sont ordonnées selon leur importance ; l'opposition mise en évidence par le premier axe est plus forte que celles mises en évidence par le second, puis le troisième axe. Ainsi l'axe 3 introduit une distinction non prise en compte par le plan des axes 1 et 2 qui lie les conditions de vie à la capacité à gérer le risque. Cette dimension qui n'apparaît qu'en troisième position est moins discriminante que les différents modes de vie socio-affectifs pris en compte par les premier et second axes qui déterminent différentes façon d'être " jeune " et " homosexuel ". L'interprétation de chaque axe se fait à partir des modalités qui contribuent, d'un côté et de l'autre, le plus fortement à la formation de cet axe (modalités soulignées dans les graphiques). Comme nous ne pouvons pas représenter dans un espace tridimensionnel les trois axes principaux qui structurent la population des répondants, nous sommes obligés de présenter nos résultats sous la forme de deux plans factoriels (plan des axes 1 et 2, et plan des axes 1 et 3, respectivement en pages 41 et 42) dont la lecture est complémentaire.

Après avoir interprété les principales structurations de notre population selon les trois premiers axes, nous tenterons d'établir une typologie des principales façons d'être " jeune " et " homosexuel ".

### ***Les grands axes de structuration de la population :***

Selon les résultats de cette analyse multivariée, la population des jeunes répondants se structure tout d'abord selon l'âge, le temps dans la carrière sexuelle et, plus généralement, l'expérience (plan des axes 1 et 2). Ainsi, l'axe 1 met en évidence une opposition entre des groupes de jeunes qui restent relativement en marge du “ monde gai ” (à gauche du plan des axes 1 et 2) et ceux qui, avec l'âge, participent plus activement au marché des échanges sexuels (à droite du plan des axes 1 et 2). Les indicateurs de santé s'ordonnent également sur ce premier axe. Avec l'âge, le médecin est plus souvent informé de la vie sexuelle de son patient. Par ailleurs, la pratique du test se banalise mais, avec l'expérience, augmentent également les atteintes vénériennes et la séropositivité.

La seconde opposition prise en compte par l'analyse factorielle est fondée sur les différences de mode de vie qu'implique l'existence ou non d'une relation affective privilégiée. Ainsi, le second axe oppose aux jeunes répondants qui vivent seuls (en haut du plan des axes 1 et 2), ceux qui sont engagés dans une relation avec un partenaire stable, que cette relation soit ou non exclusive (en bas du plan des axes 1 et 2).

Dans le plan des axes 1 et 2, le nombre de partenaires s'ordonne selon la diagonale du plan, il dépend à la fois de l'âge et de son corollaire, l'expérience ainsi que du mode de vie affectif.

La maturité et les “ choix de vie ” affectifs ne sont pas les seuls éléments structurants. Le degré de risque et le niveau scolaire s'ordonnent sur le troisième axe. Bien que très mal appréhendées par notre questionnement, les conditions sociales apparaissent alors comme étant discriminantes. Des indicateurs de fragilité sociale (faible niveau scolaire, chômage, prostitution) s'avèrent être associés à une plus grande exposition au risque. A côté de cette précarité sociale, d'autres caractéristiques sont associées (positivement sur le troisième axe) à une augmentation statistique des risques : les très jeunes (moins de 20 ans) plus incertains, comme on l'a vu, par rapport à la gestion du risque VIH et ceux qui ont adopté un mode de vie qui multiplie les rencontres sexuelles. Ainsi, la fragilité sociale, le moment des premières expériences et une fréquentation intense du marché des échanges sexuels apparaissent sur ce troisième axe comme des facteurs associés à une plus grande probabilité d'exposition au risque.

Au vu de ces résultats, nous allons à présent proposer une typologie des principales façons d'être “ jeune ” et “ homosexuel ” face au risque du VIH.

**Les jeunes 1993 n=1332 : analyse factorielle des correspondances axe 1 et 2**  
**sexualité avec partenaires occasionnels (axe 2)**

			<u>sex.occas.pén.fréq.</u>		
			!		
			!	<b>SEUL&gt;5 PART.</b>	
			!	<b>risque p.occ.</b>	
<u>sex.rare pén.rare</u>	<b>2</b>		!		
<u>bisexuel</u>		p.féminine	!	pén.pf.prot.	
	<b>SEUL1-5 PART.</b>	<i>rejet amis hétéros.</i>	!		
		<b>sélectionniste</b>	!		
		<i>rappports occasionn.!</i>	!		<u>&gt;2Op</u>
		<i>hab.parents</i>	!		<u>p.sex.séro</u>
		petites annonces	!		<b>5</b>
			!		prostitution
<u>&lt;20 ans</u>		téléphone	!		11-20 p.
			!		bléno.récente
<b>1</b>			!	!proposition rapports	MST récente
<i>homos.non dite amis hétéros.</i>			!	! non protégés	poppers
		campagne,ptes villes	!		<u>sex.fréq.pén.fréq.</u>
		<i>rejet famille</i>	!	<b>risque</b>	<u>sauna,backroom</u>
		20-21 ans	!	<b>p.occ.&amp;stable</b>	
			!	!injuré & agressé préserv:gliss&rupt	<i>amis homosex.</i>
			!	!préservatif	<u>séropositif</u>
		22-23 ans	!		<b>4</b>
		2-5 p.	!	<u>amis proches séropo</u>	bléno.ancienne
			!		
			!	<b>protectionniste</b>	<u>MST ancienne</u>
<u>pas de test</u>		<u>étudiant</u>	!		<u>COUPLE &gt;5PART.</u>
<u>médecin non inform</u>		24-25 ans	!		28-29 ans
<b>(axe 1) marges</b>			!	<u>médecin au courant</u>	<b>proximité</b>
		un test séronég.-!	!	26-27 ans	
		<u>pas de MST</u>	!		+sieurs tests séronég.-
		<b>maintien des risque</b>	!		
			!		<u>acceptation famille</u>
<u>aucune connaissance séropo</u>			!		
			!	<u>COUPLE 2-5 PART.</u>	
			!	<b>! hors couple</b>	
			!		
<b>pas de stratégie</b>			!		<u>rappport fréquent</u>
			!	<b>risque P.S.</b>	
			!		<u>sex.fréquente</u>
<u>pas préservatif</u>		pas psv dern.pén	!		
			!		pén.fréq.
		pén.js prot.	!	<u>! habite avec homme</u>	
			!		
<u>1 p.</u>	<b>3</b>		!		
	<u>fidélité</u>		!		
	<u>COUPLE 1PART.</u>		!		
			!		<b>sexualité avec partenaire stable</b>



### *Différentes façons d'être "jeune" et "homosexuel".*

Cette première interprétation nous suggère que, selon l'âge, le degré d'autonomie, l'engagement affectif, les modes de vie et la position sociale, il existe plusieurs façons d'être "jeune" et "homosexuel".

Le premier plan factoriel (axes 1 et 2) nous suggère qu'il existe, pour les jeunes répondants, plusieurs façons d'être aux marges du "monde gai" (à gauche dans le plan des axes 1 et 2). On peut se situer aux marges parce qu'on a moins de 20 ans, que l'on habite encore chez ses parents souvent dans des petites villes, loin d'un centre de vie gai et que l'on n'ose pas dire son homosexualité (groupe 1). On peut également se situer à la lisière parce que l'on reste dans l'ambivalence d'une bisexualité avec une sexualité irrégulière si ce n'est rare (groupe 2). On peut également rester en-dehors parce que l'on est engagé dans une relation privilégiée exclusive (groupe 3). A l'opposé de ces groupes construits à partir des différents styles de vie affectif et sexuel se trouvent les répondants dont le mode de vie est fortement déterminé par leur orientation sexuelle (à droite dans le plan des axes 1 et 2). Un premier groupe (groupe 4), marqué par la séropositivité, est composé de jeunes séropositifs qui ont eu par le passé des MST. Plus fréquemment que les autres, ils vivent en couple ouvert et souvent, leur compagnon et leurs amis proches sont, comme eux, séropositifs. L'autre groupe (groupe 5) se caractérise par un mode de vie centré sur la drague homosexuelle. Ces jeunes ont une sexualité fréquente avec un nombre élevé de partenaires avec lesquels, plus souvent que les autres répondants, ils pratiquent la pénétration. Pour beaucoup de jeunes homo- et bisexuels qui se sont rapprochés des centres de vie gais, cette activité sexuelle plus importante s'exerce alors dans un réseau d'échanges sexuels à plus forte prévalence. Et effectivement, plus souvent que les autres, les jeunes de ce groupe connaissent un partenaire sexuel séropositif. Malgré cette présence de l'épidémie autour d'eux qui devrait les inciter à la prudence, plus souvent que les autres, ces jeunes déclarent au moins une pénétration non protégée avec un partenaire de rencontre. Il se confirme que ce groupe est particulièrement exposé : plus que les autres répondants, ils disent avoir contracté récemment une MST.

Le plan factoriel des axes 1 et 3 nous conduit à formuler d'autres distinctions. Face au risque de contamination par le VIH, certains sont plus démunis que d'autres (en haut dans le plan des axes 1 et 3). Certains en raison de leur très jeune âge et de leur difficulté à s'imposer en tant qu'homosexuel (groupe 6), d'autres à cause d'une insertion sociale problématique. Dans ce groupe défavorisé (groupe 7) composé d'ouvriers, de chômeurs et de divers inactifs souvent prostitués, les jeunes sont proportionnellement plus nombreux à rendre compte d'une pénétration non protégée avec un partenaire de statut sérologique inconnu ou différent du leur. En difficulté lorsqu'il s'agit d'imposer une attitude *safe*, ces jeunes se prononcent, plus souvent que les autres, pour un contrôle de l'épidémie par l'adoption de mesures autoritaires à l'encontre des personnes contaminées. Mais, comme on l'a vu dans des travaux précédents, le risque ne se cantonne pas uniquement aux confins de la communauté, un certain mode de vie que les Américains et les Australiens nomment "*fast lane lifestyle*" (groupe 8) - qui se caractérise par une fréquentation importante du marché des échanges sexuels - est associé également à une exposition récente aux MST et à des taux de séropositivité plus importants. A l'opposé de ces groupes exposés (en bas



dans le plan des axes 1 et 3), se trouvent les étudiants très diplômés (groupe 9). Ils savent, comme leurs aînés des classes moyennes supérieures, utiliser tous les moyens de prévention : non seulement ils se protègent systématiquement mais évitent toujours le sperme dans la bouche. Ils ont un nombre limité de partenaires occasionnels avec lesquels, plus souvent que les autres, ils ne pratiquent pas la pénétration. Ils ont adopté le préservatif sans que ce soit une gêne pour eux.

Cette analyse multivariée montre donc que, tout comme leurs aînés, les jeunes gens qui ont des rapports avec d'autres hommes ne forment pas un groupe homogène. L'âge et l'orientation sexuelle ne sont pas des déterminants suffisants pour induire une manière uniforme d'être et de réagir face à l'épidémie de sida. On a vu que l'âge et ses corollaires, les conditions de vie et d'indépendance par rapport au milieu familial ainsi que le degré de participation à la vie homosexuelle, l'engagement ou non dans une relation privilégiée structurent la population des jeunes répondants. A cette première structuration des jeunes selon leurs modes de vie affectifs et sexuels s'ajoutent d'autres facteurs - liés à l'origine sociale, à l'inexpérience et à un mode de vie qui multiplie les rencontres - qui conditionnent également les capacités de réaction et de protection face à l'épidémie.

## **Conclusion**

La période de transition entre l'adolescence et l'âge adulte des jeunes des échantillons presse gaie s'étale sur plusieurs années ; en cela, ils ne se distinguent pas fondamentalement des autres jeunes de la population générale. En revanche, leur orientation sexuelle hétérodoxe impulse une allure particulière à la combinaison des moments d'autonomie. Ainsi, les jeunes homo- et bisexuels de nos échantillons se caractérisent par un départ précipité du foyer familial. Ce départ ne semble pourtant pas avoir de conséquences néfastes sur leur scolarité car ils se maintiennent statistiquement plus longtemps dans le système scolaire que les jeunes des enquêtes en population générale. Certains de ces départs du foyer familial pourraient être attribués aux conflits qu'occasionne leur orientation sexuelle hétérodoxe. En effet, comme on l'a vu, les jeunes répondants de nos enquêtes sont non seulement sexuellement actifs mais précoces. S'ils ont massivement eu leur premiers rapports sexuels avec un homme, ils sont cependant plus souvent bisexuels que leurs aînés. Malgré la présence de cette bisexualité, ils n'hésitent pas à se désigner comme homosexuels. Si cette affirmation de soi ne leur pose pas de problème dans le cadre du questionnement anonyme de notre enquête, elle s'avère plus difficile au sein de la famille. Afin d'éviter les conflits liés à leurs relations amoureuses, la moitié des "benjamins" de nos enquêtes tient secrète son attirance sexuelle pour des partenaires de même sexe, tandis qu'une forte minorité n'évite pas les conflits et se trouve en butte à l'opprobre manifeste de son entourage familial. La difficulté pour ces jeunes semble moins résider dans le passage à l'acte ou leur auto-désignation comme "homosexuels" que dans la peur du conflit ou du rejet que l'annonce de cette sexualité différente pourrait susciter chez leurs proches. Ce mur de silence s'effrite quelque peu avec l'acquisition des autonomies. Si l'environnement social conditionne les possibilités de l'épanouissement sexuel et affectif des jeunes répondants homo- et bisexuels, ces derniers ne sont cependant

pas uniquement confrontés au problème de la mise en place d'un mode de vie spécifique : il doivent également gérer le risque de contamination par le VIH.

### *L'adaptation au risque*

Nos résultats montrent que, pris dans leur ensemble, les jeunes homosexuels de l'étude - exception faite des "benjamins" - ne sont ni plus irresponsables ni moins bien informés que leurs aînés. Cette conclusion ne signifie pas pour autant que la contamination est enrayée parmi les jeunes gais : en effet, autour de 25 ans, 10% des répondants sont séropositifs. Nous avons mis en évidence que les variations de la prévalence dépendaient d'abord de l'âge et encore plus fortement de la date d'entrée dans la sexualité.

Pour les individus qui ont commencé leur sexualité avant ou après 1984, les variations de prévalence des MST et du VIH sont d'abord attribuables à la diffusion historique des gestes préventifs. Les plus âgés de nos répondants ont donc souffert du manque d'information caractéristique du début des années 1980, on peut alors parler de "génération sacrifiée". Par la suite, la prévalence de la séropositivité chute ce qui montre un effet positif de la diffusion du *safer sex*. Ainsi, selon nos enquêtes, les gestes préventifs sont également adoptés à partir de 1987 par les répondants les plus jeunes. Ces étapes de diffusion historique du *safer sex* parmi les gais conduisent à l'existence de génération de gais plus ou moins touchées par l'épidémie.

En outre, des facteurs liés aux biographies individuelles interviennent également. Avec l'âge, les modes de vie évoluent, ce qui peut conduire à une plus grande exposition au risque. Autour de 24-25 ans, on observe une forte augmentation de la proportion de répondants séropositifs. Cette hausse est concomitante à un rapprochement des lieux de vie gais et à une plus grande participation au marché des échanges sexuels. Bien que moins affectés par le VIH pour l'instant, les benjamins de nos enquêtes qui vont développer les mêmes trajectoires biographiques que leurs aînés risquent donc, dans un avenir proche, de se retrouver confrontés aux mêmes situations d'exposition.

L'enquête a donc permis de mettre en évidence les effets conjoints de la diffusion historique du *safer sex* et des biographies individuelles qui évoluent également avec l'âge. Cette analyse selon les classes d'âges cache cependant des disparités importantes d'adaptation au risque. Selon leur origine sociale et leur mode de vie, certains jeunes prennent plus de risques que d'autres. Il s'agit des répondants qui profitent pleinement des possibilités de drague que leur offre la vie homosexuelle mais aussi des plus défavorisés qui ont des difficultés à se mettre personnellement à l'abri. Nos observations mettent en évidence, l'inadéquation, pour le segment le plus défavorisé de la population, du modèle de la prévention du VIH fondé uniquement sur la responsabilisation individuelle. En effet, cette approche laisse pour compte les personnes socialement les plus démunies.

Comme nous l'avons déjà souligné (Schiltz, 1993), la mise en place d'actions spécifiques et efficaces auprès des jeunes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes s'impose.

### *L'action préventive*

L'action de santé publique doit tenter de mieux articuler l'information sur les MST et la prévention du sida. En effet, nous avons vu qu'en l'absence d'une politique de prévention active contre les MST, les plus jeunes, ceux qui entrent dans la carrière sexuelle, sont très exposés aux atteintes vénériennes. Or, nos résultats montrent que les MST constituent des marqueurs de risque pour l'infection par le VIH : en effet, parmi les lecteurs de la presse gaie, la proportion de séropositifs est, quel que soit l'âge, quatre fois plus importante pour ceux qui déclarent des antécédents vénériens que parmi les autres.

La prévention du sida doit également mieux prendre en compte les spécificités de la population des jeunes homosexuels. Bien que le groupe des " jeunes homosexuels " soit un souci récurrent pour les responsables de la prévention (Thiaudière, 1994), l'action préventive institutionnelle destinée à la jeunesse reste construite autour de l'hétérosexualité. Cette situation n'est ni conjoncturelle ni accidentelle. Paralysé par la crainte du prosélytisme, le discours de prévention destiné aux jeunes homosexuels n'a pas encore trouvé sa place, la prévention en direction des jeunes homosexuels n'existe, pour l'instant en France, de fait, qu'entre les blancs de la prévention générale<sup>115</sup>. Dans le contexte actuel, de simples recommandations<sup>116</sup> en faveur d'une action préventive en matière de sida destinée aux jeunes homosexuels resteront lettre morte, il faut que les autorités publiques manifestent une vraie volonté politique pour assurer leur mise en oeuvre effective. Une action spécifique en direction des jeunes homosexuels s'impose d'autant plus que, suivant les acquis de l'éducation sanitaire<sup>117</sup>, les premières expériences sont cruciales : *“ Le deuxième argument frappé du sceau du bon sens et conforté par des décennies d'expérience en matière d'éducation pour la santé dans les domaines comme le tabagisme, la nutrition ou la contraception est relatif à la place de l'adolescence comme période de constitution des comportements qui tendront à perdurer au cours de la vie ”* (Beltzer, 1993). Ainsi, la précocité de l'intervention devrait accroître son efficacité.

De nombreuses études ont déjà mis l'accent sur l'urgence qu'il y a à développer des messages spécifiques en direction des jeunes homosexuels. Un pays a même récemment osé enfreindre la loi du silence et faire éclater le cadre communautaire dans lequel s'enfermaient jusqu'alors toutes les actions de prévention en direction des jeunes homosexuels (Hays *et al.*, 1994 ; Junod, Rochette, 1994). L'action des autorités de santé publique de l'Australie nous prouve que la communication et l'information auprès des très jeunes homosexuels est non seulement possible mais relativement simple à mettre en oeuvre et bien acceptée par la jeunesse. Ces responsables ont parlé des jeunes homosexuels dans des revues d'adolescents, non pas des revues spécifiques pour jeunes gens déjà un peu

---

<sup>115</sup> Les initiatives de la communauté gaie, quant à elles, ne peuvent toucher que les jeunes homosexuels qui fréquentent les lieux de vie gaie.

<sup>116</sup> Dans son dernier plan de communication, le ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville se donnait entre autres objectifs *“ d'aider les jeunes qui découvrent leur homosexualité ou leur bisexualité à adapter leur comportement face aux risques encourus tout en leur permettant d'avoir une image d'eux-mêmes plus positive, ainsi que la possibilité de rompre le silence sur leur sexualité, y compris avec des jeunes de leur âge. ”* (Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville, 1995).

<sup>117</sup> Ces conclusions sont confirmées par les résultats d'une étude néerlandaise qui a mis en évidence l'influence de la protection des premières expériences sexuelles sur la régularité ultérieure du *safer sex* (Van den Bergh *et al.*, 1993).

“ dévoyés ” - au sens littéral du terme - mais tout simplement des revues destinées à un large public. L'impératif de santé publique vis-à-vis de ces jeunes amenés à avoir une activité sexuelle, dans un réseau d'échanges sexuels à forte prévalence du VIH - et en cela particulièrement exposés - est donc passé avant les intérêts moraux. Partant du principe que la sexualité à moindres risques est un processus personnel mais également social d'apprentissage, les autorités de santé publique australiennes ont décidé d'intervenir afin de ne pas laisser à la capacité ou à la bonne volonté des premiers partenaires sexuels le soin de l'initiation au *safer sex*. Pour cela, ils ont voulu communiquer en direction des très jeunes homosexuel(le)s pour leur donner tout à la fois une image d'eux-mêmes plus positive ainsi que la possibilité de rompre le silence, y compris avec des interlocuteurs de leur âge. A cet effet, une campagne, destinée à banaliser la figure du jeune homosexuel auprès de l'entourage et à renforcer l'estime de soi pour ceux qui se sentent attirés par une sexualité différente, a été diffusée sous forme d'encarts visuels à travers des magazines très lus par la jeunesse. Cette campagne a atteint un public réputé difficile à informer comme les très jeunes adolescents, les jeunes ruraux et les jeunes des minorités ethniques (Goggin, Sotiropoulos, 1994).

Les campagnes grand public complétées par les actions ciblées habituelles (incitation à l'usage des préservatifs, à la réduction des situations d'exposition au risque) restent évidemment nécessaires mais on sait qu'elles sont insuffisantes (Schiltz, 1994). L'épidémie s'étant installée, et semble-t-il pour longtemps encore, il faut dès lors préparer les adolescents à y faire face en les informant au travers d'une véritable politique d'éducation sanitaire en leur faveur. Toxicomanie, prostitution, homosexualité sont des réalités qu'il faut aborder avec les adolescents. Quel que soit leur comportement ultérieur, il est nécessaire que les adolescents apprennent les réflexes de conduites plus sûres et qu'ils puissent éventuellement être des relais d'une information fiable auprès de leurs “ copains ”. Parler d'homosexualité et des risques particuliers que cette pratique induit ne “ pervertira ” pas l'attirance qu'éprouve un(e) jeune hétérosexuel(le) pour le sexe opposé. En revanche, cette information permettra, d'une part, à des jeunes homosexuels d'affirmer leur volonté d'une sexualité à moindre risque et, d'autre part, à leurs camarades d'être mieux à même de les comprendre et de les aider. A l'instar de cette campagne australienne, la politique de prévention du VIH en France pourrait donc tenter de soutenir le lent et parfois difficile processus de transition des jeunes homo- et bisexuels vers l'âge adulte.

### **Bibliographie**

Alléon A.M., Morvan O., Lebovici S. (1985) : *Adolescence terminée, adolescence interminable*. Paris, Presses Universitaires de France.

Arnal F. (1992) : 'Adolescents homos: briser la loi du silence'. *Gay Pied Hebdo*, 503: 58-63.

Balan D., Minni C. (1995) : 'De l'école à l'emploi : Les jeunes en mars 1994'. Paris; *INSEE Première*, n° 365

Béjin A. (1983) : 'De l'adolescence à la post-adolescence : les années indécises'. *Le Débat*, 25 :126-132.

- Beltzer N. (1993) : 'Des enquêtes sur les jeunes face au sida : une synthèse'. in *Les jeunes face au sida : de la recherche à l'action*. Paris, ARNS : 9-14.
- Bourdieu P. (1980) : 'La " jeunesse " n'est qu'un mot'. in *Questions de sociologie*. Paris, Editions de Minuit.
- Bozon M. (1993) : 'L'entrée dans la sexualité adulte : le premier rapport et ses suites : du calendrier aux attitudes'. *Population (Sexualité et sciences sociales)*, 48(5) : 1317-1352.
- Bozon M., Villeneuve-Gokalp C. (1995) : 'Les enjeux des relations entre générations à la fin de l'adolescence'. *Population*, 49(6):1527-1556.
- Brunet J.-B. (1990) : 'Evolution de la législation française sur les maladies sexuellement transmissibles'. Eds. Job-Spira N., Spencer B., Moatti J.P., Bouvet E *Santé Publique et maladies à transmission sexuelle*. Paris, John Libbey Eurotext: 113-121.
- Choi K.J., Coates T.J. : 'HIV Prevention Does Work To Reduce New Infections'. Yokohama, *Tenth International Conference on AIDS*, 7-12 August 1994 (poster: PD0022).
- Dannecker M., Reiche R. (1974) : *Der Gewöhnliche Homosexuelle*. Francfort, Fischer.
- Davies P. (1992) : 'The Role of Disclosure in Coming Out Among Gay Men'. Ed. Plummer K., *Modern Homosexualities: Fragments of Lesbian and Gay Experience*. London, New York, Routledge.
- Davies P.M., Weatherburn P., Hunt A.J., Hickson F.C.I., McManus T.J., Coxon A.P.M. (1992) : 'The Sexual Behaviour of Young Gay Men in England and Wales'. *Aids Care*, 4(3):259-272.
- Desplanques G. (1994) : 'Etre ou ne plus être chez ses parents'. *Population et Société*, 292.
- Faure-Limouza M. (1994) : 'Amour et sexualité'. Ed. Jaspard M. *Amour, sexualité, Sida : Réflexions autour des résultats d'une enquête en milieu étudiant parisien*. Paris, Institut de Démographie de l'Université de Paris I (IDUP).
- Galland O. (1991) : *Sociologie de la jeunesse. L'entrée dans la vie*. Paris, Armand Colin.
- Giami A., Berthier F., Gosselin F. (1987) : 'Emprise et dégageement de la famille d'origine : post-adolescent ou jeunes adultes ?'. *Bulletin de Psychologie*, 382 : 851-856.
- Gold R. S., Skinner Michael J. (1992) : 'Situational Factors and Thought Processes Associated with Unprotected Intercourse in Young Gay Men'. *AIDS*, 1992 (6):1021-130.
- Goggin M., Sotiropoulos J. (1994) : 'Sex in Silence: The National Survey of Young Gay Males'. Yokohama, *Tenth International Conference on AIDS*, 7-12 August 1994 (oral presentation: 169D).
- Hickson F., Weatherburn P., Davies P., Keogh P. (1994) : *The Gay Men's Sex Survey at Pride '93*. London, Project Sigma.
- Hays R., Kegeles S., Coates T. (1994) : 'Community-Level HIV Prevention Program for Young Gay Men'. Yokohama, *Tenth International Conference on AIDS*, 7-12 august 1994 (poster: PD0164).

Jaspard M. (1994) : 'Amour, sexualité, sida : un miroir à trois glaces'. Ed. Jaspard M. *Amour Sexualité Sida Réflexions autour des résultats d'une enquête en milieu étudiant parisien*. Paris; Institut de Démographie de l'Université de Paris I (IDUP), Service Inter-Universitaire de Médecine Préventive et de Promotion de la Santé (SIUMPPS).

Jean J.-P. (1990) : 'Les problèmes juridiques soulevés par le développement des MST et leur prévention'. Eds. Job-Spira N., Spencer B., Moatti J.P., Bouvet E. *Santé Publique et maladies à transmission sexuelle*. Paris, John Libbey Eurotext: 122-127.

Job-Spira N. (1990) : 'Une approche commune pour la lutte contre les MST et le SIDA'. in *Santé Publique et maladies à transmission sexuelle*. Eds. Job-Spira N., Spencer B., Moatti J.P., Bouvet E.. Paris, John Libbey Eurotext: 3-11.

Junod P., Rochette P. (1994) : 'Prevention Project by Using Natural Leaders in Young Gay People Frequenting Bars in Montréal'. Yokohama, *Tenth International Conference on AIDS*, 7-12 August 1994 (poster: PD0151).

Lebras H. (1983) : 'L'interminable adolescence ou les ruses de la famille'. *Le Débat*, 25: 117-125.

Messiah A. (à paraître) : 'Caractéristiques socio-démographiques des homo- et bisexuels masculins analysées à travers une enquête en population générale'. in *Homosexualité et sida*. Paris, ANRS (collection *Sciences sociales et sida*).

Meyer L., Couturier E., Brossard Y. et le groupe PREVADAV (1994) : 'Evolution dans le temps de la séroprévalence V.I.H. chez les patients consultants pour suspicion de maladie sexuellement transmissible (PREVADAV 1991-1993)'. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, 50 :233-234.

Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville (1995) : *Plan de communication publique sur l'infection à VIH-sida*. Paris.

Page K., Veugelers P., Keet I., Osmond D. (1995) : 'Comparing Old and Young Gay Men in San Francisco and Amsterdam: Substantial Decrease in Risk Behavior and HIV Prevalence over Time'. Yokohama, *Tenth International Conference on AIDS*, 7-12 August 1994 (oral presentation: 302C).

Pollak M. (1982) : 'L'homosexualité masculine, ou le bonheur dans le ghetto?'. *Communications*, 35 : 37-53.

Pollak M. (1990): 'Introduction à la discussion : systèmes de lutte contre les MST et sciences sociales'. Eds. Job-Spira N., Spencer B., Moatti J.P., Bouvet E. *Santé Publique et maladies à transmission sexuelle*. Paris, John Libbey Eurotext: 107-112.

Pollak M. (1992) : 'Histoire d'une cause'. *Autrement*, Série Mutation, 130 : 24-49 (L'homme contaminé. La tourmente du sida).

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. (1987) : 'Identité sociale et gestion d'un risque de santé : les homosexuels face au sida'. *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 68: 77-102.

Pollak M., Schiltz M.-A. (1991): 'Les homosexuels français face au sida : Modifications des pratiques sexuelles et émergence de nouvelles valeurs'. *Anthropologie et Sociétés*, 15(2-3) : 53-65.

Richard H. (1994) : *Les jeunes hommes attirés par des relations avec des partenaires du même sexe*. Paris, Rapport à l'ANRS, juin 1994.

Ridge D.T., Minichiello V., Plummer D. (1994) : 'Gay Communities and "De-isolating" Careers'. Yokohama, *Tenth International Conference on AIDS*, 7-12 August 1994: poster: PD0155.

Ridge D.T., Plummer D.C., Minichiello V. (1994) : 'Young Gay Men and HIV: Running the Risk?'. *Aids Care* 6(4):371-377.

Schiltz M.-A. (1993) : *Les homosexuels masculins face au sida : Enquêtes 1991-1992*. Paris, Rapport de fin de contrat à l'ANRS, Décembre 1993.

Schiltz M.-A. (1994) : 'La prévention chez les homosexuels : la dynamique australienne'. *Transcriptase, Le Journal du sida* (n° spécial Yokohama : X° conférence Internationale sur le sida): 83-85.

Schiltz M.-A., Adam P. (1995): 'Gestes préventifs, stratégies d'évitement de l'épidémie de sida et perception du risque'. *Sexualité et sida*, Journées d'animation de la recherche, 20-21 septembre 1994. Paris, ANRS.

Schiltz M.-A., Bochow M., Pelé G. (1993) : 'Quelle prévention pour les jeunes homosexuels ?'. *Le Journal du sida*, 54-55: 75.

Strauss A. (1992): *Miroirs et masques. Une introduction à l'interactionnisme*. Paris, Editions Métailié.

Thiaudière C. (1994) : *La prévention du sida et les usages sociaux de la jeunesse : le déclin de la promotion sociale*. Thèse de doctorat en sociologie, Université de Paris VIII.

Tursz A., Souteyrand Y., Salmi R. (1993) : *Adolescence et risque*. Paris, Syros

Van den Bergh H. & al. (1993) : 'First Experiences with Anal Intercourse : Specific Risks for Young Gay Men'. Berlin , *IXth International Conference on AIDS*, 6-11 June 1993 (poster: PO-D06-3595).