

Risque VIH et réflexivité. Logiques de prévention chez des gais séropositifs

Gabriel Girard

DANS **SCIENCES SOCIALES ET SANTÉ 2016/4 Vol. 34**, PAGES 81 À 107
ÉDITIONS **JLE**

ISSN 0294-0337

DOI 10.1684/sss.2016.0405

Date de mise en ligne : 15/12/2016

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sciences-sociales-et-sante-2016-4-page-81?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour JLE.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Risque VIH et réflexivité. Logiques de prévention chez des gais séropositifs

Gabriel Girard*

Résumé. En s'appuyant sur une enquête qualitative auprès d'hommes gais vivant avec le VIH en France, cet article vise à éclairer les contextes sociaux de la réflexivité préventive. Alors que l'épidémie est caractérisée comme « *hors de contrôle* » par la santé publique, on s'intéresse ici à la manière donc des homosexuels séropositifs composent avec les risques sanitaires, sociaux et moraux liés au VIH/sida à l'ère des traitements anti-rétroviraux. L'analyse permet d'envisager la perception du danger comme un ensemble de processus dynamiques, mettant en jeu le sentiment de vulnérabilité et le degré de maîtrise du risque. Il s'agit ainsi d'étudier les contextes des arbitrages préventifs, en mettant en lumière différents mécanismes de réflexivité.

Mots-clés : *VIH, prévention, homosexuel, séropositivité, réflexivité.*

* Gabriel Girard, sociologue, Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal - Chaire approches communautaires et inégalités de santé / IRSPUM, 7101, avenue du Parc, CP 6128, Succ. Centre-Ville, Montréal (Québec) H3C 3J7, Canada ; gabriel.girard.info@gmail.com

« *L'épidémie de sida semble être hors de contrôle chez les homosexuels masculins* ». La formule, énoncée par des épidémiologistes français dans une revue scientifique prestigieuse (Le Vu *et al.*, 2010) à la fin de l'été 2010, souligne une réalité préoccupante : près de trente ans après le début de l'épidémie, les hommes gais continuent de constituer le principal groupe concerné par le VIH, regroupant à eux seuls plus de 40 % des 7 000 nouvelles infections annuelles. Malgré les campagnes d'information et les actions de prévention, la dynamique épidémique est forte dans la population homosexuelle (1). Dès la fin des années 1990, les constats épidémiologiques et associatifs ont convergé pour attester d'une augmentation des rapports sexuels sans préservatif (Adam *et al.*, 2001). La norme préventive élaborée historiquement autour de la promotion du préservatif semble fragilisée, pour certains gais et dans certains contextes. Au même moment, l'émergence du phénomène de *bareback* suscite l'inquiétude chez les acteurs de la prévention du VIH. Le terme est issu de l'argot du rodéo étatsunien, qui signifie « *monter à cru* », et a été utilisé par certains gais pour qualifier des rapports sexuels intentionnellement non protégés. Ces débats mettent en jeu la responsabilité morale et pénale des hommes vivant avec le VIH et qui n'utilisent pas systématiquement le préservatif. En France, l'analyse de l'augmentation des pratiques à risque, et des réponses à leur apporter en termes de prévention, est au centre de controverses, en particulier dans le milieu associatif (Girard, 2013).

Mais la caractérisation d'une épidémie « *hors de contrôle* » traduit également l'incompréhension que suscite, dans le milieu de la santé publique, le maintien des comportements à risque chez des individus vivant avec le VIH et donc conscients des effets de la maladie. La prévention s'est en effet construite autour de la promotion de bonnes conduites, des messages, soutenus par des données probantes et implicitement fondée sur la conception d'un individu raisonnable et responsable de sa propre santé. Or, pour de nombreux acteurs de la prévention, que les pratiques sans préservatif découlent d'un choix intentionnel ou qu'elles relèvent d'une incapacité à contrôler ses pulsions, les prises de risque chez les gais apparaissent comme dénuées de toute rationalité.

(1) Dans cet article, l'appellation « gai » ou « homosexuel » est utilisée indifféremment.

L'objet de cet article (2) est de contribuer à la compréhension des différentes manières dont des hommes gais séropositifs donnent sens à leurs pratiques de prévention du VIH. Il s'agit plus précisément d'étudier comment ces hommes définissent et explicitent leur capacité à contrôler (ou non) les risques sanitaires et moraux dans le domaine de la prévention du VIH. Les variations du sentiment de maîtrise du risque sont envisagées ici comme parties prenantes de mécanismes réflexifs. Dans ce cadre, l'analyse de la réflexivité préventive met en jeu l'identification des contextes normatifs dans lequel ces hommes sont insérés. Ce faisant, la question du contrôle de soi est envisagée ici comme un enjeu relationnel, et non comme une caractéristique individuelle. L'article propose d'envisager ces dimensions relationnelles au regard des contextes de sociabilité des hommes interviewés. Leurs positionnements vis-à-vis de la notion de « communauté » homosexuelle sont plus particulièrement explorés. À partir de la prévention du VIH, la compréhension du point de vue d'hommes vivant avec une maladie traitable — mais toujours transmissible — contribue à éclairer l'expérience contemporaine de la maladie chronique.

Contexte

Au cours des années 1990, les recherches sur la sexualité des personnes séropositives en France ont mis l'accent sur les bouleversements biographiques induits par la contamination (Lert et Souteyrand, 1999 ; Pierret, 2006), mais aussi sur les stratégies pour maintenir une sexualité satisfaisante (Delor, 1997 ; Mendès-Leite & Banens, 2006). Cependant, plusieurs de ces travaux portent sur la période qui précède ou qui suit immédiatement l'introduction des traitements antirétroviraux (ARV) en 1996. Les traitements ont depuis permis d'augmenter l'espérance de vie des séropositifs, mais ont également créé les conditions d'un réengagement dans la sexualité (Pierret, 2006). Au cours des années 2000, les enjeux de la vie sexuelle avec le VIH ont été abordés plus systématiquement au travers d'enquêtes quantitatives (Bochow *et al.*, 2003 ; Bouhnik *et al.*, 2006, 2008 ; Lorente *et al.*, 2013 ; Velter, 2007 ; Velter *et*

(2) Cet article a bénéficié des relectures et commentaires de Maëlle de Seze, des évaluateurs anonymes de la revue, ainsi que des membres du groupe d'écriture scientifique du réseau « Québec sciences sociales et santé » : Stéphanie Alexander, Tarik Benmarhnia, Baptiste Brossard, Michèle Barrière-Dion, Pierre Minn et Sara Torres. Merci à tous et toutes !

al., 2013) et dans quelques travaux qualitatifs, portant notamment sur le phénomène de *bareback* (Le Talec, 2007). Ces enquêtes soulignent l'augmentation continue des rapports sexuels non protégés chez les gais séropositifs, à partir de la fin des années 1990. Les données attestent également du développement de pratiques de réduction du risque alternatives au préservatif. La notion de « *réduction des risques* » (Girard, 2013) recouvre une diversité de techniques — telles que le retrait avant éjaculation — ou de stratégies, comme le choix de partenaires de même statut sérologique. Ces observations sont concordantes avec les tendances observées à l'étranger (Elford, 2006 ; Hart et Elford, 2010). Plus récemment, l'impact des traitements sur la charge virale et l'infectiosité a été démontré et approprié par certains hommes comme un facteur de réduction du risque (Lorente *et al.*, 2013 ; Rojas-Castro *et al.*, 2012 ; Velter *et al.*, 2013).

Les recherches sur la prévention du VIH ont montré l'importance d'une compréhension dynamique des liens entre connaissance et action (Paicheler, 1997). La mise en évidence de pratiques alternatives au préservatif souligne l'existence de différents mécanismes réflexifs d'évaluation du risque, variables selon les contextes, les partenaires et l'état de santé (Mendès-Leite, 1996). Les personnes séropositives sont ainsi amenées à opérer des arbitrages complexes, qui mettent en jeu la quête d'une sexualité épanouissante, la crainte de transmettre le VIH, de la surcontamination (Redd *et al.*, 2013) (3) et des risques liés aux autres infections sexuellement transmissibles (Le Talec, 2013). Les enquêtes menées dans les contextes anglo-saxons soulignent la dimension morale des arbitrages préventifs, notamment concernant le dévoilement du statut sérologique à des partenaires occasionnels (Adam, 2005 ; Davis, 2002, 2008). De plus, si le VIH s'est « *normalisé* » (Setbon, 2000) grâce aux trithérapies, les personnes séropositives continuent, socialement et parfois pénalement, à porter le poids de la responsabilité des infections (Bourne *et al.*, 2009 ; Davis, 2008). Mais la prévention du VIH met aussi en jeu des environnements sociaux diversifiés. Avec le développement des sites de rencontre sur Internet, plusieurs travaux ont souligné la diversification des modes de sociabilité homosexuels, et la remise en question des normes communautaires de prévention (Adam, 2005 ; Dowsett, 2009). L'hypothèse d'une individualisation du rapport au risque est cependant nuancée par les recherches empiriques, qui mettent en lumière la formation de réseaux et

(3) La surcontamination (ou surinfection) désigne le risque pour une personne déjà séropositive d'être infectée par une autre souche du VIH, entraînant potentiellement des résistances aux traitements antirétroviraux.

communautés à plus petite échelle (Holt, 2011). Ces évolutions du contexte normatif de la prévention du VIH transforment les conditions sociales de la perception individuelle et collective du risque. Cet article propose d'analyser la manière dont cela se traduit pour des hommes gais vivant avec le VIH en France.

Un modèle d'analyse dynamique de la réflexivité préventive

Il s'agit ici d'envisager le rapport des acteurs à leurs pratiques de prévention au cœur même de leur propre expérience du risque VIH. Pour ce faire, on s'appuie sur une lecture sociologique des mécanismes de la réflexivité préventive. Les théories de la modernité ont fait de la conscience des risques une pierre angulaire de leurs analyses (Beck, 2001 ; Giddens, 2000). L'objectivation et la maîtrise des incertitudes sont envisagées comme des caractéristiques fondamentales des sociétés contemporaines. Dans cette perspective, la prégnance des risques réorganise les relations sociales, à travers l'individualisation de la responsabilité face aux dangers sanitaires ou environnementaux. La conscience des risques et l'individualisation établissent les contours d'une réflexivité qui permet aux acteurs d'arbitrer des choix ou des décisions. Cependant, ces théories de la « société du risque » envisagent le sujet réflexif comme un individu libre de ses affiliations. L'objet de cet article sera d'illustrer à l'inverse les dimensions proprement relationnelles de la conception d'un danger (Calvez, 2006).

Autrement dit, cet article vise à analyser les variations dans la perception du risque au regard des contextes sociaux dans lesquels évoluent les individus concernés, en l'occurrence des hommes gais séropositifs. Pathologie transmissible, le VIH positionne en effet les personnes atteintes comme des vecteurs potentiels de la maladie. La réflexivité est donc envisagée ici comme un travail d'explicitation de soi, au cours de l'entretien sociologique. Une telle définition s'appuie sur un double postulat, théorique et méthodologique : la réflexivité est un mécanisme conscientisable par les répondants, et l'appréhension du risque fait appel à des formes de rationalité restituables. On se situe donc dans une approche sociologique du rapport de soi à soi, et non dans une perspective psychanalytique. De ce fait, il s'agit également de prendre en compte les enjeux normatifs de la relation chercheur/enquêtés, notamment autour de questions comme la sexualité ou les prises de risque (Girard, 2010).

On fait l'hypothèse que la réflexivité engage des rapports spécifiques au temps. Le récit de soi, au cours de l'entretien sociologique,

implique en effet une forme « *d'illusion biographique* » (Bourdieu, 1986), c'est-à-dire la mise en cohérence d'évènements disparates du passé. Mais l'explicitation du rapport au risque est aussi un exercice au présent, qui consiste à rendre compte, à un moment donné, d'un ensemble d'expériences accumulées. Enfin, le retour sur soi engage un rapport au futur, proche ou lointain, à travers l'anticipation et la capacité à se projeter dans l'avenir.

Méthodologie

Cet article s'appuie sur des entretiens biographiques menés entre 2006 et 2008 auprès d'hommes gais dans deux régions de France (Bretagne et Région parisienne). Dans l'échantillon, tous les enquêtés se sont identifiés comme « gai » ou « homosexuel ». Ce biais de sélection s'explique par le mode de recrutement. Le recrutement des enquêtés, par le biais d'annonce dans les réseaux associatifs LGBT et par le biais de sites internet communautaires, a visé une diversité de profils, en termes d'âge, de statut sérologique et de lieu d'habitation. Au total, 30 entretiens ont été effectués et intégralement retranscrits.

Les entretiens, d'une durée comprise entre 45 minutes et 2h30, ont été analysés selon une méthode inductive. Dans le cadre de cet article, ce sont les entretiens avec les hommes séropositifs (n = 11) qui ont été spécifiquement analysés. Leurs âges se répartissent entre 24 et 59 ans, et leur temps de vie avec le VIH varie entre 2 et 22 ans. Cinq d'entre eux ont été infectés avant l'arrivée des ARV en 1996, 6 dans les années qui ont suivi. Ils vivent très majoritairement en région parisienne (10/11). Cinq des répondants séropositifs sont en couple, les 6 autres sont célibataires. Professionnellement, ils se situent majoritairement dans les classes moyennes : le secteur associatif, l'Éducation nationale, le secteur hospitalier. Deux d'entre eux sont cependant sans emploi.

En termes de sociabilités, l'analyse a permis d'explorer les positionnements vis-à-vis de la notion de communauté homosexuelle. Dans le cadre de cette recherche, il ne s'agissait pas de partir d'une définition *a priori*, mais bien d'en étudier les acceptions ordinaires. Les modes d'affiliation des hommes interviewés vis-à-vis d'une communauté ont été explorés à partir de leur propre description des liens symboliques et/ou concrets qu'ils entretiennent avec d'autres gais. À cet égard, la typologie utilisée dans cette analyse s'appuie sur deux questions : « *Selon vous, existe-t-il une communauté gaie ?* » et « *Vous sentez-vous y appartenir ?* », mais aussi sur la description de leurs réseaux de sociabilité. Dans

les discours des participants, la notion de communauté gaie est apparue polysémique. Tous les interviewés s'y réfèrent cependant et se situent sur un continuum allant de « *se sentir appartenir* » à « *se situer à distance* » d'un groupe fondé sur une orientation sexuelle minoritaire. Mais les nuances sont nombreuses :

- le sentiment d'appartenance ne correspond pas à une expérience homogène des liens communautaires. Certains des interviewés questionnent la cohésion interne du groupe et émettent des critiques ou des inquiétudes sur l'évolution des liens entre homosexuels ; d'autres soulignent la force des liens collectifs dans une société perçue comme majoritairement hostile à l'homosexualité ;
- le fait de se situer « à distance » de la communauté gaie recouvre également des expériences plurielles. Plusieurs des interviewés ont ainsi rapporté leur utilisation ponctuelle des lieux et espaces de sociabilité homosexuels pour y faire des rencontres. Sans se sentir affilié à un groupe, ils font un usage instrumental des ressources communautaires. D'autres hommes rencontrés ont, pour leur part, mis en avant des critiques sévères vis-à-vis d'un « milieu gai » perçu comme normatif et centré sur la consommation sexuelle.

Dans l'échantillon, en prenant en compte ces positionnements contrastés, 6 répondants se définissent comme membres de la communauté gaie, 5 se sentent globalement extérieurs ou à distance de celle-ci.

L'analyse du sentiment de maîtrise du risque permet d'illustrer les implications pratiques de la démarche réflexive en prévention. Cette dimension engage la confiance en soi et en l'autre, ainsi que le degré de sécurité induit (ou non) par les techniques de prévention mise en œuvre (Paicheler, 1997, 1999). En découle un sentiment variable de maîtrise du danger, qu'il s'agisse du risque de jugement moral, du risque d'être surcontaminé, de contracter d'autres infections sexuellement transmissibles (IST), ou de transmettre le VIH. Le degré de maîtrise a été envisagé autour de trois configurations :

- la perception d'un risque non maîtrisable ;
- la recherche d'un risque acceptable ;
- l'affirmation d'un risque maîtrisé.

Dans chacune de ces configurations, le sentiment d'appartenance ou de distance vis-à-vis de la communauté gaie fait émerger des profils contrastés.

Faire face à un risque non maîtrisable

Pour plusieurs répondants, le risque VIH a été décrit comme difficile, voire impossible, à maîtriser. Ces difficultés exprimées ne résument pas nécessairement la perception du risque à chaque moment de la vie, mais elles se retrouvent dans des trajectoires marquées par des ruptures, ou par le sentiment d'évoluer dans un monde globalement hostile. La faible confiance dans ses propres capacités à éviter la contamination est transversale aux différents entretiens.

Le VIH comme destin collectif

Parmi les gais rencontrés au cours de cette recherche, plusieurs ont évoqué la notion d'un « *destin* », ou d'une « *logique* » de l'infection par le VIH au cours de leur trajectoire, passée ou à venir. L'histoire de Michel, parisien de 53 ans, illustre cette expérience. Dès l'adolescence, il découvre son attirance pour les hommes ; après sa première expérience sexuelle, à l'âge de 17 ans, il fait son *coming out* auprès de ses parents. Son milieu familial est hostile à l'homosexualité, ce qui le conduit à prendre rapidement son autonomie financière : après l'obtention du bac, il passe un concours de la fonction publique et rentre dans le monde du travail. La période des années 1970 est marquée par une grande effervescence à l'échelle personnelle : il a de nombreux partenaires sexuels et il découvre le monde homosexuel : notamment la presse gaie, la drague et le militantisme. En 1976, il fait la rencontre d'un homme par le biais d'une petite annonce dans le quotidien *Libération* : « *ça a été le plus grand amour de ma vie* », explique-t-il ; leur relation dure quinze ans. Son compagnon est diagnostiqué séropositif en 1987 : il a été contaminé par transfusion, suite à une opération lourde quelques années plus tôt. Il décède en 1991, mais Michel est à l'époque, toujours séronégatif. S'ensuit alors pour lui une période très difficile, durant laquelle il n'utilise plus systématiquement le préservatif avec ses partenaires occasionnels. Il considère à ce moment qu'il n'arrivera pas à reconstruire une nouvelle relation amoureuse : pour lui, c'est cette absence de projection dans l'avenir qui le conduit à négliger sa propre santé. Le choix de ne pas utiliser de préservatif lui apparaît, rétrospectivement, comme une manière de « *rejoindre* » l'expérience de son compagnon et de certains de ses amis décédés du sida. Après quelques années d'incertitude sur son statut, il est diagnostiqué séropositif au VIH en 1997 : « *À un moment donné, j'étais dans un état d'esprit où je me disais : de toute façon, à quoi bon me*

protéger, et à quoi bon faire attention, puisque je ne trouve pas le partenaire que je cherche, la relation durable que je cherche ? Et donc je suis sorti de la prévention petit à petit... (...) Bon, c'était une forme de suicide lent, en fait, je l'ai analysé depuis, parce que je n'avais jamais encaissé le deuil, et je me suis dit : c'est une façon de partir, et de partir avec quelque chose que je connaissais, parce que oui, les gens que j'ai le plus aimés, tous les copains que j'ai pu avoir, ils sont tous morts du sida, les gens que j'ai aimés pendant ma vie. Pour moi, c'était une façon de les rejoindre, un peu, quelque part. De vivre des choses qu'eux avaient vécues. J'ai fini par me faire dépister, parce qu'à un moment donné je me sentais plus très bien, je commençais à avoir des troubles, etc., donc je me suis dit : "écoute, arrête de jouer à l'autruche, ce sont des signes précurseurs"... Et, évidemment, quand j'y suis allé, j'étais séropo. »

Par la suite, Michel fait la rencontre d'un nouveau compagnon, en 2000, avec qui il est actuellement en relation. Mais il s'estime insatisfait d'une vie sexuelle marquée par la crainte de la transmission du VIH, car son partenaire est très angoissé par ce risque. Cette situation crée une tension, qui les a conduits à renoncer à certaines pratiques sexuelles, telle que la fellation : sans préservatif elle leur apparaît trop dangereuse, mais son partenaire refuse d'en utiliser.

Plus généralement, dans leur couple, la sexualité s'est étiolée au cours du temps. D'un commun accord, ils ont décidé d'avoir des partenaires à l'extérieur de leur relation, afin d'assouvir certains fantasmes. Pour autant, Michel regrette l'existence de ces barrières avec l'homme qu'il aime : il considère qu'une part de « *la dynamique érotique* » est absente. En évoquant ses partenaires occasionnels, il raconte la tension qu'il éprouve vis-à-vis de la prévention. Dans son expérience, le dévoilement *a priori* de la séropositivité entraîne très souvent un rejet de la part de partenaires potentiels, ou du moins le refus de certaines pratiques (comme la fellation sans préservatif). Il a donc décidé de ne plus l'annoncer, tout en revendiquant une ligne de conduite préventive stricte : le préservatif est obligatoire pour la pénétration anale. Concernant la fellation, il s'autorise un « *non-respect de la prévention* », en ne systématisant pas l'utilisation du préservatif. Dans son discours, le non-dévoilement de son statut sérologique est envisagé comme une « *tricherie* », mais également comme le seul moyen d'avoir « *un tant soit peu de sexualité* ». Ce dilemme moral, entre le plaisir sexuel et la crainte de transmettre le VIH, structure le discours de Michel. On le retrouve lorsqu'il évoque l'attrait pour une sexualité sans préservatif. Évoquant des moments de « *frustration* » sexuelle, le *bareback* (défini par lui comme « *l'envie de rapports non protégés* ») peut alors lui apparaître comme une échappatoire. La « *transgression* » des obligations vis-à-vis de la prévention agit comme un

facteur d'excitation et une forme de soulagement des tensions intérieures. Mais si ces expériences sont marquantes sur le plan érotique, elles constituent également un facteur de culpabilité. Pour Michel, ces prises de risque sont associées à une potentielle « *perte de contrôle* » totale : il craint de ne pas pouvoir maîtriser ce désir de non-protection et d'éjaculer dans l'anus de l'un de ses partenaires, augmentant ainsi le risque de lui transmettre le VIH. Dans ce cas, l'évaluation des pratiques de prévention met en jeu des notions du bien et du mal, au regard du discours sanitaire porté par la communauté gaie. En limitant ces situations de risque, il maintient une frontière morale, fragile mais protectrice, qui délimite la bonne conduite préventive.

Dans l'histoire de Michel, et à travers sa mise en récit du risque VIH, la séropositivité est associée à une forme de destin collectif qui lie homosexualité et sida. Cette lecture lui permet d'expliquer sa propre contamination, en la resituant dans une expérience générationnelle de l'homosexualité. Mais elle conditionne également sa crainte de transmettre le VIH : très conscient des recommandations de prévention, il doute de sa capacité à garder le contrôle de lui-même dans les interactions sexuelles. De ce fait, même s'il rapporte un usage presque systématique du préservatif pour les pénétrations anales, il considère ses stratégies comme peu sûres. Dans ce cas, la communauté d'expérience — générationnelle, affective, sexuelle — permet de donner sens à l'expérience du risque et de l'infection par le VIH.

La séropositivité comme fatalité

Pour d'autres répondants, qui partagent l'idée d'un risque faiblement maîtrisable, la communauté gaie constitue au contraire un univers non protecteur, et le plus souvent hostile.

Dans la trajectoire de Sébastien, parisien de 31 ans, les prises de risque vis-à-vis du VIH sont parties prenantes de la sexualité depuis ses premières relations, à l'adolescence. S'il estime avoir plus de pratiques non protégées depuis l'arrivée des trithérapies, il a toujours eu, plus ou moins régulièrement, des relations sans préservatif. Dans un certain nombre de cas, ces relations ont eu lieu avec des hommes infectés par le VIH. Conscient des risques, et très bien informé sur la maladie, Sébastien exprime durant l'entretien sa distance à l'égard des recommandations de santé publique. Devenu séropositif récemment, il considère que cette contamination n'est pas surprenante. Sur ce sujet, son discours articule deux dimensions de son expérience. Concernant son rapport au risque, le discours de Sébastien traduit, alternativement, une relativisation du

danger et une posture fataliste. La relativisation du danger s'inscrit dans sa propre expérience : contaminé à l'âge de 30 ans, après de nombreuses années durant lesquelles il a eu des rapports sans préservatif, il estime que les discours de prévention exagèrent le risque de transmission. Parallèlement, sur le plan relationnel, il développe une lecture fataliste du danger. Dans son récit des épisodes de risque, il considère en effet que sa marge de manœuvre pour se protéger est très réduite. Ayant toujours des préservatifs et du gel sur lui, il n'insiste pas pour les utiliser si son partenaire ne le demande pas. Durant l'entretien, son discours sur la prévention met en lumière certains des rapports de domination qui traversent le milieu homosexuel ; des rapports dans lesquels il ne s'estime pas en position de force : « *Si je sors le gel et la capote, si le mec ne veut pas utiliser la capote, le mec il te fout une baffe, s'il veut te sauter, il te sautera quand même, de toutes façons, que tu le veuilles ou pas. Donc autant ne pas se la jouer prévention des risques, se laisser faire, et voilà. Et après, en parler.*

– *Tu es plutôt : laisser faire les choses, et après en discuter avec la personne ?*

– *Voilà. Et puis après, c'est quand tu dis : "si ça se trouve je suis séropo". Si le mec, tu le vois blanchir, le mec il est négatif, donc ça va. Si le mec il a l'air de s'en foutre un petit peu, tu peux te dire : là, j'ai peut-être mal joué... Bon après, voilà, je faisais des tests assez régulièrement, tous les 3-4 mois, de manière assez régulière ».*

Au travers de son discours, Sébastien se montre très critique de l'insouciance de ses partenaires au regard du risque. Pour sa part, avant sa contamination, il était sur ses gardes, en effectuant régulièrement des tests de dépistage. Mais il ne se sent pas responsable des prises de risques des autres. Plus généralement, Sébastien exprime une défiance à l'égard du monde homosexuel. Au plan relationnel, cela se manifeste dans son refus d'une relation de couple : il préfère garder sa « liberté », et estime ne pas pouvoir faire confiance à un partenaire stable, nécessairement infidèle. Au plan des sociabilités gaies, il insiste à plusieurs reprises sur le fait que le « milieu parisien » est un espace hostile, fait de relations hypocrites et de « ragots ». Il met en lien cette posture d'extériorité avec sa propre expérience du risque. Pour lui, le mensonge est très présent : ainsi, certains hommes mentent sur leur statut sérologique, ou sur leur situation conjugale. De ce fait, il ne se considère pas responsable de ses partenaires sur le plan de la prévention.

« *Aujourd'hui, tu te poses moins la question de la prévention ?*

– *C'est clair. Après disons que j'ai toujours des capotes dans mon sac ! Mais après, les mecs... Avant, peut-être, j'insistais un peu plus, mais maintenant, les mecs, ils connaissent les risques qu'ils prennent, voilà.*

D'accord, ce n'est pas bien. Mais, entre guillemets, les mecs ils sont sensés savoir les risques qu'ils prennent ».

Dans cet extrait, on perçoit la manière dont Sébastien met en cohérence son discours et ses pratiques vis-à-vis du risque VIH. La représentation d'un monde extérieur hostile structure largement ses représentations du danger. De ce fait, le VIH s'insère comme un élément peu maîtrisable, dans un univers de relations incertain et menaçant. La thématique du mensonge, qui revient à plusieurs moments de l'entretien, traduit ce rapport de défiance vis-à-vis des autres homosexuels.

Ici, la perception du risque VIH participe de la vision d'un monde hostile et peu sûr pour soi. Dans ce contexte, la capacité individuelle à négocier l'usage du préservatif apparaît réduite. Les stratégies de gestion du risque sont marquées par cette lecture : la contamination apparaît comme une fatalité, un danger non maîtrisable. Cette faible confiance dans l'imperméabilité de l'enveloppe corporelle s'accompagne d'une défiance manifeste à l'égard des partenaires sexuels et plus généralement du monde gai. Cette insécurité relationnelle nourrit un sentiment de vulnérabilité élevé. En découle une lecture fataliste des événements, dans laquelle le VIH n'est qu'un danger parmi d'autres.

Destin et fatalité

Dans les récits marqués par la fatalité, le passé — et en particulier le moment de la contamination — occupent une place clé. Cet événement caractérise un environnement où le risque est faiblement maîtrisable. À travers ces deux exemples, on voit cependant se dessiner des compréhensions contrastées du risque VIH. Si pour les deux répondants, l'infection est envisagée comme une fatalité, le sentiment de non-maîtrise s'ancre en effet dans deux types d'appréhension du monde gai. Pour Michel, l'affiliation communautaire permet de donner un sens à l'infection, rejoignant l'idée d'une communauté « *de destin* » (Pollak, 1988). Pour Sébastien, à l'inverse, les autres gais participent d'un environnement hostile et peu fiable. Cette expérience de la désaffiliation s'apparente à celles identifiées dans les recherches de Douglas et Calvez au début de l'épidémie (1990) et dans celles de Pierret sur la vie avec le VIH (2006).

Définir un risque acceptable

Dans plusieurs des entretiens, les répondants se sont attachés à délimiter un risque acceptable. Autrement dit, il s'agissait pour eux de se situer entre des pratiques présentant un risque faible ou nul, et des pratiques à haut risque. La définition d'un risque « acceptable » laisse cependant la place à une pluralité d'interprétations.

Réduction des risques et stratégies de protection

Stéphane a 44 ans et vit en région parisienne. Dans sa trajectoire, le non-usage du préservatif avec un partenaire de même statut sérologique est une réalité ancienne : à la fin des années 1980, lorsqu'il a découvert sa séropositivité en même temps que son compagnon d'alors, ils ont continué à avoir des relations sexuelles non protégées. Depuis le début des années 1990, l'usage du préservatif a été variable, selon les partenaires et les contextes ; il n'a cependant jamais été systématique. Actuellement en couple depuis de nombreuses années avec un homme séropositif, il évoque très peu la dimension conjugale de sa vie sexuelle au cours de l'entretien : les situations de risque sur lesquelles il revient concernent avant tout des rencontres en dehors de cette relation.

De ce fait, lorsqu'il parle de ses stratégies de prévention, deux cas de figure se dessinent. Le premier tient à la connaissance du statut sérologique de ses partenaires occasionnels. Dans ce cadre, il cherche le plus souvent à s'assurer de la séroconcordance, afin d'envisager, éventuellement, de ne pas utiliser le préservatif. Cela implique une explicitation du statut avec l'autre, par le dialogue ou, sur internet, par l'affichage de son statut sur son profil ; cela lui permet selon ses termes « *d'être à l'aise* » et d'éviter les « *mauvaises surprises* ». À travers ces deux formules, il résume la tension morale qui structure son discours sur la prévention : la recherche d'une sexualité satisfaisante — qui implique pour lui de pouvoir se passer du préservatif — et sa crainte de transmettre le VIH à l'un de ses partenaires. Au cœur de cette tension, Stéphane décrit l'une des facettes de cette élaboration préventive : en fonction des contextes, l'âge des personnes présentes peut lui servir de critère d'appréciation du statut sérologique de ses futurs partenaires. Il estime ainsi que dans les « *bordels* » parisiens (4), avoir du sexe avec des hommes de sa génération permet de

(4) *Backroom*, sex-clubs.

réduire les risques de sérodifférence. Ce « *seroguessing* » (5) (Bourne *et al.*, 2009 ; Zablotska *et al.*, 2009) générationnel participe d'une démarche d'évaluation et de réduction des risques en situation. Les risques sociaux – de stigmatisation, de rejet, de culpabilité – s'articulent alors directement aux risques sanitaires – de transmission du VIH.

« *[Mon statut sérologique, je n'en parle] pas systématiquement, mais le fait que c'est capote no capote, la question j'essaie de la poser systématiquement... sachant que quand je suis dans un bordel, par exemple, selon l'âge des mecs, la question ne va pas se poser, ça va plutôt être quelque chose, comment dire, dans les préliminaires qui fait que je me dis : "on baise avec capote ou sans capote". C'est inconscient tout ça, mais c'est généralement comme ça que ça se passe, assez souvent. Après si je suis sur internet, je serai plutôt sur la tendance : chercher des mecs séropos, quoi. Pour être à l'aise et ne pas avoir de mauvaises surprises après.* »

Cette délimitation morale du risque met également en jeu les limites du dévoilement du statut sérologique aux (futurs) partenaires. Pour Stéphane, qui évolue dans le milieu gai parisien mais fait également des rencontres en région parisienne et en province, cette stratégie est géographique et socialement déterminée. « *Mais après, il y a des endroits où tu ne peux pas dire comme ça [que tu es séropo]. Sur Paris, tu peux le dire, en banlieue tu peux plus difficilement le dire, quand je suis dans ma maison de campagne je ne peux même pas dire que je suis séropo, sinon... les choses vont tellement vite se savoir !* »

La question des contextes du dévoilement du statut éclaire donc l'élaboration d'une ligne de conduite préventive qui prend en compte la diversité des risques et leur inégale distribution sociale.

Dans les propos de Stéphane sur la prévention du VIH, un second niveau de discours illustre ses craintes concernant sa propre santé. Il explique ainsi que lorsqu'il a des relations sans préservatif, il est très attentif au risque d'infection par d'autres IST, ainsi qu'à l'éventualité d'une surcontamination. Cette attention à sa propre santé passe par des formes d'auto-surveillance : examen des éventuels signes d'IST, suivi régulier de sa charge virale ou de son taux de T4 (6). Elle implique également une sélection des espaces de rencontre qu'il fréquente. Mettant en

(5) Le terme « *seroguessing* » désigne la présomption du statut sérologique concordant de son/ses partenaire(s), dans un contexte de relations sexuelles.

(6) T4 : les cellules T4 ou CD4 sont des globules blancs qui organisent la réponse du système immunitaire contre les infections. Leur nombre est un indicateur de l'état de santé d'une personne atteinte du VIH.

œuvre les mécanismes qui relèvent d'une forme d'épidémiologie « populaire » (Brown, 1994), Stéphane a identifié des lieux qu'il considère plus « à risque » en termes de transmission des IST. En parlant de « réduction des risques », il ne s'agit donc pas pour lui d'éviter le contact avec les fluides sexuels, mais plutôt de limiter les contextes à risque pour d'éventuelles expositions. Enfin, il met en avant la crainte d'une sur-contamination pour justifier une sélection de ses partenaires en fonction de leur état de santé perçu : le fait d'être marqué par « des signes importants de la maladie » en constitue un critère. Cette manière d'appréhender les risques (sociaux et sanitaires) peut à bien des égards apparaître aléatoire et peu fiable au regard de la rationalité de la santé publique. Toutefois, cette démarche préventive articulant des savoirs experts et des savoirs expérimentiels lui apporte le sentiment d'un bon niveau de protection, et de confiance dans ses propres stratégies.

Comme d'autres répondants, Stéphane décrit un ensemble cohérent de stratégies de protection, complémentaire à l'usage du préservatif. À l'échelle personnelle, cela implique une attention à des déterminants biomédicaux du risque (charge virale, T4, symptômes d'IST). Dans les relations, la protection passe par une palette de stratégies qui mettent en œuvre des critères variés de minimisation des risques : dévoilement du statut sérologique, choix des lieux de rencontre, des partenaires et des pratiques. Certains des hommes interviewés ont évoqué la mise en œuvre de stratégies de séroadaptation dans leurs pratiques sexuelles (7). La recherche de partenaires de même statut sérologique reflète une communauté de pratiques, qui permet de concilier plaisir et gestion du VIH, en écartant le risque — moral et sanitaire — de la transmission.

Vivre avec le risque

La délimitation d'un risque acceptable se retrouve également dans les discours d'hommes qui se positionnent à distance de la communauté homosexuelle. Dans ce cas, la hiérarchisation des risques fait appel, non pas à une communauté de pratiques alternatives au préservatif, mais plutôt à la capacité d'opérer des choix raisonnables.

(7) La séroadaptation désigne l'ensemble des stratégies de réduction des risques qui consistent à prendre en considération son statut sérologique ou le statut du ou des partenaires sexuels afin d'adapter ses pratiques sexuelles et/ou préventives (Le Tavec et Jablonski, 2008).

François, un gai séropositif de 59 ans, vit en grande banlieue parisienne, à la campagne. En pré-retraite, il continue à travailler dans la capitale où il conserve un studio. Après une première vie hétérosexuelle, au cours de laquelle il a eu un enfant, François commence à assumer ouvertement son homosexualité au milieu des années 1980. C'est à la même période qu'il se découvre séropositif au VIH, en 1986. Il sera en couple avec un homme durant 14 ans, jusqu'au début des années 2000 ; depuis lors, il est célibataire. Engagé politiquement à gauche, il ne se définit pas comme membre d'une communauté homosexuelle. Selon lui, sa seule communauté d'appartenance est le « *peuple français* ». Cependant, cette conception républicaine ne l'empêche pas de défendre la nécessité de mobilisations spécifiques des personnes LGBT, afin d'obtenir des droits et de lutter contre les discriminations. Sur le plan de la prévention, François explique avoir évolué depuis les années 1993/1994. À partir de cette période, il lui arrive, occasionnellement, d'avoir des relations anales sans préservatif dans les saunas qu'il fréquente. Il demeure très marqué par les questions que lui ont posées ces pratiques : ne risquait-il pas de contaminer une personne séronégative ? À l'époque, il a relativisé ce sentiment de culpabilité, en considérant que, pour s'engager dans de telles pratiques, les hommes concernés devaient être eux-mêmes séropositifs et/ou conscients du risque pris. Grâce aux trithérapies, son état de santé s'améliore de manière spectaculaire à partir de 1996.

Dans son couple, le préservatif a été très tôt délaissé, son partenaire étant lui aussi séropositif. Après sa séparation, il continue à avoir des rapports sexuels non protégés, pour des raisons de confort et de plaisir sexuel, car il associe le préservatif à ses problèmes d'érection. Mais il s'impose rapidement une règle de conduite avec ses partenaires de rencontre : il n'a des relations sans préservatif qu'avec des hommes de même statut que lui. Cette élaboration personnelle concorde avec l'émergence médiatique du phénomène de *bareback*, à la fin des années 1990.

François définit son positionnement moral en dissociant le *bareback* de l'idée de « *contamination volontaire* », et en soulignant le choix « *responsable* » que constitue une relation non protégée entre deux partenaires séroconcordants et consentants. Sans être systématiques, ces pratiques sont pour lui régulières. Il évoque le risque de sur-contamination, mais il le considère très faible entre deux partenaires bénéficiant d'un traitement efficace et d'un suivi médical. Ce risque lui apparaît réel, mais « *suffisamment gérable* ». Lorsqu'on aborde sa perception du risque de transmettre le VIH, François raconte comment, lors des rencontres occasionnelles sur les sites internet, il met en place un système de « *filtre* » afin d'éviter les situations de sérodifférence. D'une part, sur les sites internet dédiés au sexe sans préservatif, il affiche très clairement sa séropositivité.

D'autre part, lorsqu'il entre en contact avec un homme, il évoque ouvertement le statut sérologique, le sien comme celui de son partenaire potentiel. En agissant ainsi, il cherche à réduire le risque de réprobation morale associée au *bareback* : il maintient, de fait, une attitude qu'il estime responsable tout en ayant des relations sans préservatif, gage d'un plus grand plaisir sexuel.

« *Sur les différents réseaux, quand j'ai quelqu'un qui "mord à l'hameçon", on se téléphone après, et je lui dis que je suis séropo (...) Quand on s'appelle, je pose la question : "est-ce que tu es séropositif ?" S'il dit non, je dis que je le suis. "Ah ! Bon, ben salut...au revoir, bonne chance". En général c'est moi qui raccroche. Ou alors c'est l'autre qui me demande : "est-ce que t'es clean ?". Non, je ne suis pas "clean". Au sens où tu l'entends... (ça veut dire être séronégatif). Des fois c'est des jeunes gens, 22, 23, 24 ans, qui me contactent, et je pose la question : "est-ce que t'es séropositif ?" Alors c'est soit non, soit "je ne me suis pas testé, je ne sais pas, j'ai déjà baisé avec un séropo, mais il ne s'est rien passé..." Je dis : « écoute, je te donne mon numéro de téléphone, si tu as envie qu'on se voit, tu réfléchis, tu me rappelles dans 10 minutes". Personne ne m'a jamais rappelé ! ».*

Ainsi, François a élaboré sur la longue durée un rapport à la prévention qui s'appuie sur une conception d'un risque maîtrisable. Sans s'identifier au *bareback*, il procède à une redéfinition du terme, centrée autour de la séroconcordance et d'un choix « *entre deux adultes* », qui lui sert de référence en matière de responsabilité préventive. En dévoilant son statut sérologique, François n'assume pas seul la suite des événements : il instaure une relation dialogique autour de la prévention. Comme il l'explique à la fin de l'entretien, il s'agit pour lui « *d'être conscient du risque, et de savoir vivre avec* ».

François revendique donc une perception « *raisonnable* » du risque et des incertitudes associées à la prévention. On voit à travers ses propos comment s'élabore une appréhension sécurisante de la gestion du risque VIH. La mise en récit de la prévention souligne une volonté de délimiter la possibilité d'un risque acceptable. Ce travail d'acceptabilité opère comme une manière d'échelonner le risque pour soi et les autres. Elle opère également sur le plan moral, en maintenant le cadre d'une responsabilité partagée entre deux partenaires.

Les raisons du risque

Dans ces profils, la définition d'un niveau de risque acceptable s'inscrit avant tout dans un rapport au présent. Dans ces configurations, le récit

de soi est d'abord alimenté par l'accumulation d'expériences et un sentiment de maîtrise relative de l'environnement. Ici, la prise en compte de la charge virale ou l'angoisse de la surcontamination constituent bel et bien une partie des gais séropositifs en sujets « *sexuellement et scientifiquement actifs de la prévention* » (Race, 2001, ma traduction). Mais la rationalité préventive s'enracine dans des conceptions différentes du monde homosexuel. Pour Stéphane, le fait de composer avec le risque du VIH met en jeu des techniques de protection ancrées dans une communauté d'expérience de la séropositivité. Pour François, limiter les risques est l'affaire d'adultes raisonnables, et relève d'une responsabilité partagée entre partenaires consentants.

Affirmer un risque maîtrisable

La dernière configuration qui ressort de l'analyse des entretiens concerne les répondants pour lesquels les pratiques sexuelles à risque sont envisagées comme un enjeu de maîtrise de soi. Mais cette idée d'auto-contrôle fait appel à des conceptions hétérogènes des liens entre l'individu et la communauté gaie.

Communauté protectrice et exigence préventive

Jean-François, 43 ans, vit à Paris. Il a été infecté au début des années 1990, par son compagnon de l'époque. Depuis son infection, il observe des règles strictes d'utilisation du préservatif, quel que soit le statut sérologique de ses partenaires. Comme plusieurs répondants, il a expliqué au cours de l'entretien son inconfort lorsqu'il reçoit des sollicitations pour avoir des rapports sexuels sans préservatif. Lorsqu'un partenaire occasionnel le lui propose sur des sites de rencontre en ligne, il choisit souvent de dévoiler sa séropositivité pour appuyer son refus de telles pratiques. Mais si cette manière d'agir lui apparaît pédagogique, elle entraîne systématiquement la fin du dialogue.

« Il m'est arrivé des fois où la personne en face ne voulait pas mettre de préservatifs. Et là je lui dis "Non écoute, je suis séropositif, on met un préservatif". Et là automatiquement c'est sûr qu'il n'y avait pas de relations. Et, c'est là que tu dis à un moment donné, t'as envie de prendre la personne, non pas pour l'engueuler, quelque chose comme ça, mais lui dire "attends, fais attention !". À un moment donné, je ne peux pas dire que je suis le messie ou quelque chose comme ça mais quand tu as ce type

de relation, t'as quelqu'un qui te dit en face "oh mais non, de toute façon, je ne mettrai pas de préservatif", voilà c'est ça tu te dis ... T'as envie de réagir. T'as envie de lui dire "ben attends, fais pas le con parce que tu risques de le choper comme ça". »

Cette attitude de vigilance et d'information est pour lui logique : elle reflète son adhésion à des valeurs communautaires, qu'incarnent pour lui l'attention aux autres et le maintien d'un haut niveau de protection. Cela participe également d'une démarche de transmission d'un savoir préventif aux gais les moins conscients du risque VIH. Ce positionnement d'exemplarité se retrouve lorsque la séro-adaptation est évoquée durant l'entretien. Jean-François estime être informé sur le sujet, car il en a entendu parler dans des réunions associatives sur la prévention entre séropositifs. Pour lui, il est hors de question d'envisager ce type de stratégie : le risque de surcontamination lui apparaît trop important. Au cours d'une situation de drague, il a déjà été confronté à la proposition de relations sans préservatif par un autre homme séropositif. Là encore, la discussion avec son partenaire s'est achevée par un refus de relations sexuelles : « *J'ai rencontré une fois un garçon qui était séropo. Il m'a dit "ben de toute façon, on ne risque rien". Je lui dis : "je suis désolé mais moi je suis plombé aussi". Moi aussi j'avais eu des formations, mais je ne veux pas jouer le maître d'école mais tout ça, ça se joue en 20 ou 30 secondes. Je lui dis : "mais attends, si on se protège pas, tu vas me re-balancer ton virus et moi je vais te balancer le mien. Donc il y a une surcontamination". Automatiquement, ça a fini en queue de poisson parce que la personne m'a pris pour un prof... ».*

Pour Jean-François, la revendication d'un haut niveau d'exigence dans le domaine préventif est considérée comme une nécessité politique. En effet, les écarts à la norme sanitaire — dont le phénomène de *bareback* est une illustration — peuvent être instrumentalisés par certains journalistes pour discréditer les comportements homosexuels dans leur ensemble. Pour lui, la réflexivité mise en œuvre vis-à-vis de ses propres comportements de prévention met nécessairement en jeu une instance collective, la communauté. Le danger prend une diversité de formes : le risque de transmettre le VIH, le risque de la surcontamination, mais aussi l'expérience de discriminations homophobes et/ou sérophobes. Ce faisant, l'appartenance communautaire est envisagée comme une enveloppe protectrice, sociale et symbolique, vis-à-vis d'une diversité de risques.

Individu, autonomie et risques

Par contraste, l'affirmation d'une posture d'autonomie dans les choix préventifs est explicite chez Maxime, 28 ans, qui vit à Rennes. Actuellement salarié de l'Éducation nationale, il est séropositif depuis l'âge de 18 ans. Depuis sa contamination, il fait en sorte que le VIH influence le moins possible ses choix de vie, sur le plan professionnel ou affectif. Son discours est caractérisé par un désir de « *continuité* » malgré la maladie, décrit par Pierret (2006). Ainsi, poser la question du statut sérologique à son partenaire ne lui apparaît pas comme un critère pertinent : il ne recherche pas la séro-concordance. Comme il l'explique : « *Je vais rechercher quelqu'un qui me plaît ! C'est le seul critère de choix. Pour moi, ça me semble logique comme ça. Je comprends, des gens qui trouvent ça plus simple [d'avoir un partenaire séropositif], mais comme j'ai décidé que le VIH ne changerait rien à ma vie, ça reste, ce sont mes petites règles que je me fais tout seul. C'est sur le même principe.* »

Le phénomène de *bareback* lui apparaît comme une réalité lointaine au regard de son expérience. Ainsi, lors de ses différentes rencontres, on ne lui a jamais proposé de relations sexuelles sans préservatifs. Lorsqu'il évoque la prévention, Maxime aborde essentiellement des relations durables. Pour lui, le dévoilement de son statut sérologique est une question très importante pour la suite d'une relation. Il fait le choix de l'annoncer rapidement, s'il a le sentiment que la relation peut durer « *plus que les deux heures à venir* ». Cela lui évite de le dire après une éventuelle relation sexuelle, et d'avoir à gérer la réaction de son partenaire et son éventuelle réprobation morale. De plus, dans le cas où la personne le rejette — ce qui lui est déjà arrivé à plusieurs reprises — cela lui permet d'éviter les risques de déception sentimentale. Dans la majorité des situations, il considère que ce dévoilement du statut sérologique s'est bien passé. Depuis sa contamination, il n'a eu que des partenaires séronégatifs.

Lors de ses relations, il met en œuvre une hiérarchie du risque : le préservatif est utilisé pour les pénétrations anales, la fellation est non protégée. Pour cette dernière, il explique laisser le choix à ses partenaires. Mais, à titre personnel, il considère que le risque est très faible : « *je prends autant de risques en traversant la rue, on prend des risques tout le temps. Donc oui, c'est une pratique à risque, mais la pénétration avec préservatif, c'est aussi une pratique à risque, si le préservatif craque. Sinon, tu ne fais plus rien...* ». Il limite encore le risque en évitant l'éjaculation dans la bouche. En se remémorant des situations de risque, Maxime raconte deux moments « *difficiles à vivre* », au cours desquels il n'a pas utilisé de préservatif avec un partenaire séronégatif. Ces situations mettent à l'épreuve sa conception de la responsabilité en tant que séropositif. Dans

les deux cas, il a incité son partenaire à avoir recours au Traitement post-exposition (TPE), une recommandation restée sans effet dans l'un des cas. Ce faisant, il estime avoir rempli son rôle et maintenir une attitude responsable. Agissant selon des règles qu'il s'est fixées à lui-même, il estime que le souci préventif relève, *in fine*, d'un choix individuel : ainsi, s'il revendique le fait de « *prendre en charge* » la prévention dans une relation de couple, il considère qu'il n'a pas à prendre son partenaire « *par la main* » pour l'emmener se faire prescrire un TPE aux Urgences.

Comme la grande majorité des hommes séropositifs rencontrés durant cette recherche, Maxime exprime un fort souci de la prévention, et en particulier vis-à-vis du risque de transmettre le VIH à l'un de ses partenaires. Cependant, son profil se différencie des autres sur plusieurs points. Tout d'abord, il ne se positionne pas par rapport aux autres séropositifs pour expliquer ou argumenter son comportement préventif. Il est par ailleurs le seul à ne pas évoquer les risques de surcontamination, qui ne semblent pas se poser concrètement dans sa vie sexuelle. Loin de se sentir appartenir à une communauté « de destin » ou de pratiques, il souhaite être perçu comme un individu autonome vis-à-vis des affiliations sociales. De plus, dans son discours, nulle référence n'est faite à une posture « d'exemplarité » en tant que séropositif. Il ressort de son positionnement une volonté de maîtrise du risque VIH, afin de protéger le plus possible ses partenaires.

Autrement dit, les standards de comportement de prévention ne se réfèrent pas à une instance morale extérieure (la communauté, les recommandations de santé publique), mais sont envisagés au regard de sa propre ligne de conduite morale. Le sentiment de maîtrise du risque, qui structure le discours, illustre une perception plus générale de maîtrise de sa propre vie et de ses choix.

La maîtrise de soi

Le sentiment d'un risque maîtrisé est associé au récit d'une continuité de soi, qui va de pair avec une projection confiante dans le futur. Pour ces répondants, la contamination est un aléa dommageable, mais ne remet pas en question l'organisation des relations sociales sur la durée. Le contrôle du risque renvoie cependant à deux conceptions contrastées des liens entre individu et communauté. Pour Jean-François, le refus des rapports sexuels sans préservatif se fonde sur l'idée d'une responsabilité collective face au VIH. Pour Maxime, la maîtrise du danger met en jeu l'affirmation d'un individu autonome, seul responsable de ses choix. Ces

deux profils contrastés soulignent les limites des lectures postulant d'un lien mécanique entre l'individualisme normatif et le rejet de la prévention (Adam, 2005).

Face au risque VIH, comprendre les processus de réflexivité

Au terme de cet article, il apparaît que le travail sur l'ancrage social du risque et de la réflexivité préventive offre, malgré la taille réduite de l'échantillon, un angle de vue original sur les logiques ordinaires de la prévention du VIH/sida (*Tableau I*).

Tableau I
Les contextes de la réflexivité préventive

Maîtrise du risque +	Autonomie	Exemplarité communautaire
	Risque acceptable	Communauté de pratiques
Maîtrise du risque –	Fatalité individuelle	Communauté de destin
	Communauté –	Communauté +

On mesure ainsi les limites de la caractérisation d'une épidémie « hors de contrôle ». Une telle approche présuppose en effet une lecture restrictive de la rationalité humaine. L'étude compréhensive des formes de réflexivité préventive souligne à l'inverse une pluralité des formes d'ajustement face au risque de transmission et/ou de surcontamination. Loin de se résumer à une opposition entre la raison scientifique et l'irrationalité profane, les perceptions du risque possèdent leurs rationalités propres, cohérentes au regard d'environnements normatifs variables (Calvez, 2004). Mais la lecture épidémiologique du risque tend également à envisager les homosexuels comme un groupe homogène. L'analyse des différents positionnements à l'égard d'une communauté gaie permet de rendre compte de la pluralité des manières de se penser comme homosexuel, en relation avec d'autres homosexuels. Cette analyse éclaire les contextes normatifs et les dimensions morales de la prévention du VIH, en s'intéressant aux différentes instances auxquelles se réfèrent les répondants pour évaluer des situations et des pratiques à risque.

Chez les individus séropositifs, la conscience du danger façonne donc des manières de mettre en récit leurs comportements sexuels (Rhodes et Cusick, 2002) et engage des formes spécifiques de réflexivité (Davis, 2008). Cependant, le fait de vivre avec le VIH ne constitue pas une expérience socialement homogène (Pierret, 2006), et le présent article a permis de délimiter des configurations typiques dans les implications pour la prévention. Il apparaît que le degré de maîtrise du risque s'articule avec la perception de sa propre vulnérabilité, sociale et/ou corporelle, mais s'inscrit aussi dans des conceptions différentes de la temporalité. De ce fait, l'analyse permet également d'envisager plus finement l'ancrage social des perceptions du danger, dans le cas d'une maladie sexuellement transmissible. L'étude des contextes de la réflexivité préventive contribue ainsi à une compréhension plus large des arbitrages individuels dans un environnement où les risques sont multiples, sur le plan sanitaire, social et moral.

Liens d'intérêt : L'auteur déclare ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Adam B., 2005, Constructing the neoliberal sexual actor: responsibility and care of the self in the discourse of barebackers, *Culture, Health & Sexuality*, 7, 4, 333-346.
- Adam P., Hauet E., Caron C., 2001, *Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays : résultats préliminaires de l'Enquête presse gay 2000*, Rapport InVS, ANRS – DGS.
- Beck U., 2001, *La société du risque : sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier.
- Bochow M., Jauffret-Roustide M., Michel A., Schiltz M.A., 2003, Les évolutions des comportements sexuels et les modes de vie à travers les enquêtes réalisées dans la presse gay en France (1985-2000), In : Broqua *et al.*, eds, *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*, Paris, ANRS.

- Bouhnik A.D., Préau M., Schiltz M.A., Peretti-Watel P., Obadia Y., Lert F., Spire B., 2006, Unsafe sex with casual partners and quality of life among HIV-infected gay men: evidence from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA), *Journal of AIDS*, 42, 5, 597-603.
- Bouhnik A.D., Préau M., Schiltz M.A., Obadia Y., Spire B. and the VESPA study group., *et al.*, 2008, Sexual difficulties in people living with HIV in France—Results from a large representative sample of outpatients attending French hospitals (ANRS-EN12-VESPA), *AIDS and Behavior*, 12, 4, 670-676.
- Bourdieu P., 1986, « L'illusion biographique », *Actes de la Recherche en Sciences Sociales*, 62-63, 69-72.
- Bourne A., Dodds C., Keogh P., Weatherburn P., Hammond G., 2009, Relative safety II. Risk and unprotected anal intercourse among gay men with diagnosed HIV, *Sigma Research*.
- Calvez M., 2004, *La prévention du sida: les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, PUR.
- Calvez M., 2006, L'analyse culturelle de Mary Douglas : une contribution à la sociologie des institutions, *SociologieS* ; <http://sociologies.revues.org/document522.html>.
- Davis M., 2002, HIV prevention rationalities and serostatus in the risk narratives of gay men, *Sexualities*, 5, 3, 281-299.
- Davis M., 2008, The “loss of community” and other problems for sexual citizenship in recent HIV prevention, *Sociology of Health & Illness*, 30, 2, 182-196.
- Delor F., 1997, *Séropositifs: trajectoires identitaires et rencontres du risque*, Paris, L'Harmattan.
- Douglas M., Calvez M., 1990, The self as risk taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS, *The Sociological Review*, 38, 3, 445-464.
- Dowsett G., 2009, Dangerous desires and post-queer HIV prevention: Rethinking community, incitement and intervention, *Social Theory and Health*, 7, 3, 218-240.
- Elford J., 2006, Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy, *Current Opinion in Infectious Diseases*, 19, 1, 26-32.
- Giddens A., 2000, *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan.
- Girard G., 2010, Relations d'enquête, tensions identitaires et implication du chercheur dans une enquête sur la prévention du VIH/sida parmi les homosexuels en France, In : Chabrol F., Girard G., eds, *VIH/sida. Se confronter aux terrains. Expériences et postures de recherche*, Paris, ANRS.

Girard G., 2013, *Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention*, Rennes, PUR.

Hart G., Elford J., 2010, Sexual risk behaviour of men who have sex with men: emerging patterns and new challenges, *Current Opinion in Infectious Diseases*, 23, 1, 39-44.

Holt M., 2011, Gay men and ambivalence about gay community: From gay community attachment to personal community, *Culture Health and Sexuality*, 13, 8, 857-871.

Lert F., Souteyrand Y., 1999, *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, Paris, ANRS.

Le Talec J.Y., 2007, Bareback et construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay, In : Bozon M., Doréd V., eds, *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque*, Paris, ANRS, 71-86.

Le Talec J.Y., 2013, When 'raw sex turns to a 'raw deal'... taking the opportunity to think about sex? Interviews with HIV-positive gay men diagnosed with acute hepatitis C, *Culture Health and Sexuality*, 15, 10, 1133-1147.

Le Talec J.Y., Jablonski O., 2008, *Seroadaptation instead of serosorting: a broader concept and a more precise process model* [Poster présenté à la Conférence internationale AIDS 2008, Mexico].

Le Vu S., Le Strat Y., Barin F., et al., 2010, Population-based HIV-1 incidence in France, 2003-08: a modelling analysis, *Lancet Infectious Disease*, 11, 3, 682-687.

Lorente N., Demoulin B., Marcellin F., Dray-Spira R., Spire B. et le groupe Vespa2, 2013, Comportements sexuels des personnes vivant avec le VIH en France en 2011 : premiers résultats de l'enquête ANRS-Vespa2, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 26-27, 307-314.

Mendès-Leite R., 1996, Une autre forme de rationalité : les mécanismes de « protection imaginaire et symbolique », In : Calvez M., Schiltz M.A., Souteyrand Y., eds, *Les homosexuels face au sida : rationalités et gestions des risques*, Paris, ANRS, 65-76.

Mendès-Leite R., Banens M., 2006, *Vivre avec le VIH*, Paris, Calmann-Lévy.

Paicheler G., 1997, Modèles pour l'analyse de la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions, *Sciences Sociales et Santé*, 15, 4, 39-71.

Paicheler G., 1999, Perception of HIV risk and preventive strategies: a dynamic analysis, *Health*, 3, 1, 49-70.

Pierret J., 2006, *Vivre avec le VIH : enquête de longue durée auprès des personnes infectées*, Paris, PUF.

- Pollak M., 1988, *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié.
- Race K., 2001, The undetectable crisis: changing technologies of risk, *Sexualities*, 4, 2, 167-189.
- Redd A., Quinn T., Tobian A., 2013, Frequency and implications of HIV superinfection, *Lancet Infectious Disease*, 13, 7, 622-628.
- Rhodes T., Cusick L., 2002, Accounting for unprotected sex: stories of agency and stories of acceptability, *Social Science and Medicine*, 55, 2, 211-226.
- Rojas Castro D., Fugon L., Bourgeois-Fisson E., Le Gall J.M., Barbier F., Spire B., 2012, The "Swiss Statement": who knows about it? How do they know? What are its effects on people living with HIV/AIDS?, *AIDS Care*, 24, 8, 1013-1019.
- Setbon M., 2000, La normalisation paradoxale du sida, *Revue Française de Sociologie*, 41, 1, 61-78.
- Velter A., 2007, *Rapport Enquête Presse Gay 2004*, Rapport ANRS – InVS.
- Velter A., Saboni L., Bouyssou A., Semaille C., 2013, Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée - Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011, *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 39-40, 510-516.
- Zablotska I., Imrie J., Prestage G., Crawford J., Rawstorne P., Grulich A., Jin F, Kippax S., 2009, Gay men's current practice of HIV seroconcordant unprotected anal intercourse: serosorting or seroguessing?, *AIDS Care*, 21, 4, 501-510.

ABSTRACT

**HIV risk and reflexivity.
Logics in prevention for gay men living with HIV**

Relying on a qualitative study with gay men living with HIV in France, this article aims to shed the light on the social contexts of reflexivity in prevention behaviours. While the epidemic is characterized as “out of control” by public health authorities, this article focuses on how HIV-positive gay men deal up with health, social and moral risks at the era of antiretroviral treatments. This analysis shows that the perception of danger is a dynamic process, involving the perception of self-vulnerability and the level of control on HIV risks. Underlying the role of social context, this article highlights various mechanisms of reflexivity.

RESUMEN

**El riesgo de VIH y la reflexividad.
Lógicas de prevención entre homosexuales seropositivos**

Basado en una encuesta cualitativa entre hombres homosexuales que viven con el VIH en Francia, este artículo apunta a esclarecer los contextos sociales de la reflexividad preventiva. Mientras que la salud pública ha caracterizado a la epidemia como “fuera de control”, nos interesamos aquí en la manera en que los homosexuales seropositivos lidian con los riesgos sanitarios, sociales y morales vinculados con el VIH/SIDA en la era de los tratamientos antirretrovirales. El análisis permite considerar la percepción del peligro como un conjunto de procesos dinámicos que pone en juego el sentimiento de vulnerabilidad y el grado de control del riesgo. Se trata por ende de estudiar los contextos de arbitrajes preventivos, destacando los diferentes mecanismos de reflexividad.