

# Vie sexuelle des personnes atteintes, sérodiscordance et risque du sida

François Delor<sup>(1)</sup>

## RÉSUMÉ

Une recherche qualitative menée en communauté française de Belgique auprès de personnes atteintes par le VIH permet de mieux comprendre les circonstances de la contamination et les modalités d'adaptation au risque du sida dans le cadre des relations sexuelles.

A partir de ce travail, la pertinence de la notion de discordance sérologique est mise en question. Ensuite, les modes d'adaptation au risque du sida sont investigués, d'une part dans le cadre de la relation durable, en cas de contamination connue d'un des partenaires, et d'autre part dans le cadre de relations occasionnelles. Un point commun est alors dégagé de ces processus d'adaptation, à savoir le caractère rémanent de diverses craintes et de divers risques dont la hiérarchie n'est pas établie *a priori*.

A partir de là, il est important de privilégier l'analyse pragmatique et compréhensive de la mobilisation et de la construction effective des normes et des hiérarchies à l'intérieur de processus à la fois identitaires et relationnels.

## MOTS-CLÉS

Sérodiscordance, modes d'adaptation, construction du risque, processus identitaires, analyse compréhensive.

---

<sup>(1)</sup> Psychanalyste, chercheur au Centre d'études sociologiques des facultés universitaires Saint-Louis à Bruxelles.

## Introduction

Cette contribution s'appuie sur les résultats d'une recherche qualitative menée en communauté française de Belgique auprès de personnes atteintes, dont l'objectif était de mieux comprendre les circonstances – au sens large – de la contamination passée, de même que les modalités d'adaptation au risque du sida aujourd'hui, notamment dans le cadre des relations sexuelles (Delor, 1997).

Dans un premier temps, la notion de discordance sérologique est brièvement discutée. Une deuxième partie développe la question des modes d'adaptation au risque du sida à l'intérieur du couple ou dans le cadre de la relation durable en cas de contamination connue d'un des partenaires.

Une troisième partie s'intéresse à la prise de risque dans les relations occasionnelles et à divers aspects de la crainte identitaire.

Dans une dernière partie, on tente de dégager un point commun et crucial au cœur des processus d'adaptation observés, à savoir le caractère rémanent et indicible d'une multiplicité de craintes et de risques dont la hiérarchie n'est pas établie *a priori* par les acteurs eux-mêmes tout en n'étant pas pour autant établie à l'extérieur de la dynamique de leurs relations. On privilégiera à partir de là l'analyse pragmatique de la mobilisation et de la construction effective des normes et des hiérarchies à l'intérieur de processus identitaires et relationnels. Quelques commentaires pratiques et éthiques seront alors proposés en matière de prévention.

## Quelques considérations générales au sujet de la sérodiscordance et du risque

La notion de couple ne renvoie pas à une situation objective et son usage est connoté culturellement. Si la contamination par voie sexuelle a toujours lieu entre deux personnes de statuts sérologiques différents, le cadre relationnel de l'interaction sexuelle peut être très différent et la catégorie " couple sérodiscordant " ne nous semble pas très précise.

Il nous semble qu'on devrait plutôt parler d'interaction sexuelle entre partenaires sérodiscordants et préciser dans quel contexte relationnel cette interaction prend place. Par contexte relationnel, on entend le type de relation – du couple stable à la relation occasionnelle –, le type de projet poursuivi – de la quête amoureuse au souhait de satisfaction sexuelle pour elle-même –, de même que la dynamique et la négociation-transaction (Guizzardi *et al.*, 1997) opérante au cœur de la relation.

La notion-même de " discordance " sérologique n'est pas tout à fait claire. En effet, si la présence du virus dans l'interaction et donc le statut sérologique " objectif " est un facteur de risque effectif, c'est la connaissance que les partenaires ont de leur sérologie et de celle de l'autre qui n'apparaît pas saillante lorsqu'on s'intéresse au processus d'adaptation au risque à l'intérieur de leurs interactions.

En pratique, les études au sujet de couples sérodiscordants ont d'ailleurs toujours pris en compte des couples ayant connaissance de leur différence de statut. La formulation " prise de risque à l'intérieur des couples sérodiscordants ", pourrait donc être remplacée par le concept d'" adaptation au risque dans le cadre d'interactions sexuelles entre partenaires de statuts sérologiques différents ayant – l'un et l'autre – connaissance de cette différence ". Cette formulation de l'objet effectivement étudié est restrictive et fait apparaître que toutes les situations de discordance sérologique ne sont pas étudiées.

Dans le cadre de notre recherche, la personne rencontrée était toujours séropositive<sup>1</sup> et connaissait son statut. Cependant, cette personne séropositive pouvait se trouver dans des situations extrêmement différentes. Un tableau permet de mettre en lumière l'ensemble des cas de figures rencontrés, les cas de sérodiscordance effective parmi ceux-ci et les cas de sérodiscordance qui ont aussi été étudiés par ailleurs à ce jour. Il apparaît par là que notre recherche – qui n'avait pas *a priori* pour objet le couple sérodiscordant – a donné l'occasion de rencontrer d'autres situations de discordance effective ou de discordance redoutée (tableau 1).

A partir de ce tableau s'imposent les distinctions entre la situation de sérodiscordance effective et la situation de sérodiscordance connue, que ce soit par A, B ou par les deux, de même qu'entre la situation de sérodiscordance effective (4, 5, 6, 10, 11 et 12) et la situation de sérodiscordance " redoutée à tort ", c'est-à-dire dans lesquelles la sérodiscordance est subjectivement ressentie comme une possibilité – que ce soit par A et B (cas 3, 8 et 9) ou encore par un seul des deux (cas 2 et 7) – alors qu'elle n'est pas effective. Il est important de constater que la personne atteinte a la plupart du temps connu plusieurs cas de figure successifs. En ce sens, si la séropositivité a pu être définie en tant qu'événement biographique (Carricaburu et Pierret, 1992) nécessitant un processus d'adaptation, de même, la situation de sérodiscordance connue n'est pas tant un état biologique inscrit dans des corps individuels qu'un événement social intervenant dans l'histoire d'une relation.

<sup>1</sup> Sauf lorsque le ou la partenaire ont aussi tenu à s'exprimer, ce qui reste minoritaire.

Tableau 1

## Les " rencontres " sérologiques effectivement observées

Situation de la personne interviewée	Situation du partenaire parfois rencontrée dans l'interview	Commentaires
A	B	
1. S+ Ce Ca	S+ Ce Ca	Séroconcordance connue pour A et B
2. S+ Ce Ca	S+ Ce NCa	Séroconcordance effective. Cette situation peut être ressentie comme sérodiscordance potentielle par A
3. S+ Ce Ca	S+ NCe NCa	Séroconcordance effective et ignorée par A et B pour qui cette situation peut être ressentie comme sérodiscordance potentielle
<b>4. S+ Ce Ca</b>	<b>S - Ce Ca</b>	<b>Sérodiscordance effective connue des deux partenaires</b>
5. S+ Ce Ca	S - Ce NCa	Sérodiscordance effective connue par B et ignorée de A pour qui il peut s'agir d'une sérodiscordance potentielle
6. S+ Ce Ca	S - NCe NCa	Sérodiscordance effective ignorée par les deux partenaires
7. S+ Ce NCa	S+ Ce Ca	Idem que 2
8. S+ Ce NCa	S+ Ce NCa	Idem que 3
9. S+ Ce NCa	S+ NCe NCa	Idem que 3
10. S+ Ce NCa	S - Ce Ca	Sérodiscordance effective connue par A et ignorée par B pour qui il peut s'agir d'une sérodiscordance potentielle
11. S+ Ce NCa	S - Ce NCa	Idem que 6
12. S+ Ce NCa	S - NCe NCa	Idem que 6

Ce : " statut sérologique connu par ego "

NCe : " statut sérologique inconnu d'ego "

Ca : " statut sérologique d'ego connu par alter "

NCa : " statut sérologique d'ego inconnu d'alter "

S+ : séropositif et S- : séronégatif

5, 6, 10, 11, 12 : situations de discordance effective

En gras : situation de discordance étudiée jusqu'à ce jour

## L'épreuve de la sérodiscordance dans les relations durables

### " Il n'a pas dit oui ni (...) Est-ce qu'il a dit non ? "

Ann fait un récit éclairant de l'événement de la séropositivité à l'intérieur d'un couple récent et amoureux et du processus d'adaptation que l'annonce amorce. *" C'était très très dur. Il était près de moi, et il m'a prise dans ses bras. Il ne m'a pas quittée. Il m'a soutenue. En même temps, quand j'ai essayé de lui dire qu'on allait finir la relation parce que je ne voulais pas qu'il reste dans les circonstances, il n'a pas dit oui ni... Est-ce qu'il a dit non ? Il avait*

*besoin de réfléchir aussi. On parlait tout le temps de ça au début. On ne connaissait rien. Il ne voulait pas partager ma fourchette, mon couteau, donner des bisous. Il est allé chercher un livre pour avoir plus de renseignements, parce qu'on avait rendez-vous avec l'institut pour faire le deuxième test ". (Ann).*

### **L'apprentissage de la sérodiscordance**

L'annonce de la séropositivité crée les conditions d'une sérodiscordance potentielle. Savoir ce qu'on peut faire ou pas, gérer la crainte affective d'un abandon et se rassurer au sujet du statut sérologique de l'autre semblent les premières préoccupations. Tant que le résultat n'est pas connu, les partenaires passent par une phase de distance ou de repli.

*" Il a dû être testé pour être sûr qu'il ne l'avait pas attrapé. On n'osait plus se toucher. On était très à l'écart. C'est resté comme ça, même après qu'on a parlé avec le docteur, jusqu'au moment où il a su qu'il n'avait pas attrapé quelque chose ". (Ann).*

L'annonce de la séronégativité correspond à l'événement de la sérodiscordance effective. Un processus d'adaptation à cette différence est amorcé où se mêlent des émotions, des intérêts et des résistances dans un climat de tension. Ann voit la tristesse de son ami. Lui-même ne parvient pas à la cacher. Après un premier temps où domine la crise émotionnelle, il y a une tentative d'adaptation " technique " au risque du sida :

*" On a appris à être ensemble, à faire l'amour avec préservatif et tout. Mais en fait, c'est quelqu'un qui n'aime pas faire l'amour avec un préservatif. Il se sentait tellement mal à l'aise que pour finir, il ne voulait plus vraiment faire l'amour. Et alors ça a commencé de chuter ". (Ann).*

L'explication " technico-sensorielle " qu'Ann propose pour expliquer les difficultés de son partenaire se superpose au registre émotionnel. Cependant, celui-ci ne disparaît pas. Au contraire, la suite de l'entretien laisse plutôt apparaître que l'argument relatif à cette difficulté technique n'est qu'un élément parmi d'autres.

*" C'est un peu gênant pour lui, il est assez grand. Et les préservatifs qu'on peut acheter en Belgique ne sont pas assez grands. Il ne pouvait pas les mettre. Ça faisait trop mal. C'était trop petit, ils cassaient trop. J'ai dû aller en Finlande pour chercher les préservatifs, parce que là, on peut acheter des tailles différentes. Et ça, ça a marché ". (Ann).*

La résolution de cet élément technique n'est pas suffisante. La peur – qui ne s'exprime pas nécessairement dès le départ – va se révéler un élément essentiel.

## Une adaptation progressive : l'inexprimable peur

L'adaptation au risque à l'intérieur des couples sérodiscordants est ainsi un processus relationnel au cœur duquel le sentiment de peur s'exprime en filigrane d'autres comportements.

*" Il a commencé à avoir tellement peur à cause de tous les préservatifs qui avaient commencé de casser, qu'il commençait à en mettre deux. Même si le docteur avait expliqué comment il pouvait faire l'amour oral, il n'osait presque plus. C'était vraiment à ma demande. Pour moi, dans une relation, c'est quelque chose qui doit être spontané. Ce n'est pas " maintenant j'aimerais "... Ce n'était plus relax. Au début, avec les préservatifs, ça a été. Et puis de plus en plus, ça a commencé d'être de pire en pire " (Ann).*

Dans cet extrait, la crainte demeure au-delà de la protection technique. Le préservatif et les failles éventuelles peuvent devenir l'argument " légitime " d'une peur – d'apparence irrationnelle – qui semble inexprimable. Ann cherche à comprendre pourquoi son partenaire refuse la pénétration ou le sexe oral malgré le discours médical et les préservatifs à bonne taille. La peur n'étant pas explicitement exprimée par son ami, Ann réinvestit l'explication la plus plausible pour elle. Cette explication – *il ne veut plus de moi* – vient par ailleurs en prolongement d'un manque de confiance en elle qui remonte à longtemps et qui est précisément un des enjeux identitaires cruciaux de la relation sexuelle.

*" Il essayait de me faire l'amour avec lui sans que lui fasse quelque chose avec moi. J'avais beaucoup de mal à accepter ça. Comme femme sans doute mais aussi parce que je suis quelqu'un qui n'a pas beaucoup de confiance en moi vis-à-vis des hommes. J'ai besoin de cette partie de la relation pour me prouver qu'il a vraiment envie d'être avec moi. Je devais toujours demander " (Ann).*

Pour Ann, la séropositivité et l'adaptation de son partenaire à la peur viennent reposer une double question identitaire non résolue : comment être une femme désirable et avoir confiance en soi. Martine est confrontée à la même tension.

*" Et le jour où il l'a su, c'était fini. Les moindres mouvements envers moi étaient terminés. C'était à chaque fois moi qui devais faire le pas. Ça a duré pendant un certain temps. Et puis ce n'est plus possible. Moralement, on ne peut plus y arriver. On en a assez. " (Martine).*

Le processus d'adaptation du couple semble pouvoir être réinscrit entre deux pôles structurant la tension : la rupture, d'une part et l'abandon de la protection d'autre part. Il s'agit bien entendu de pôles entre lesquels la tension et l'oscillation relationnelles sont observables et non de positions généralisables.

## La rupture comme adaptation au risque face à la peur ?

L'émergence du risque effectif peut déboucher sur la rupture dans la mesure où peuvent se produire des divergences d'intérêts " *je me sentirais coupable*

*de le quitter mais, en même temps, je ne supporte pas la situation " – , des tensions entre divers espaces de légitimité " il est légitime que je me protège mais il est légitime qu'il ou elle me demande des preuves d'amour ", des divergences entre les pensées intimes et les paroles explicites, etc. Ann donne un exemple de ce processus qui débouche sur la rupture.*

*" Et moi..., j'ai commencé de casser cette relation, en lui demandant pourquoi il restait si tard le soir avec des amis, en pensant qu'il était avec quelqu'un d'autre, etc. Je me disais que, puisqu'il ne faisait pas l'amour avec moi, il devait aller chercher ailleurs. En fait, je ne crois pas qu'il a arrêté de faire l'amour avec moi parce qu'il ne voulait plus être avec moi ou parce qu'il ne m'aimait pas. Je crois qu'il a arrêté de le faire parce qu'il avait peur." (Ann).*

### **" On a quand même joué avec le feu, des fois "**

L'absence de précaution peut à son tour trouver une justification ou une signification particulière au sein des couples sérodiscordants. La formule de Resus donne un exemple de cette oscillation.

*" C'était hors de question pour elle. Moi, si elle me l'avait demandé, j'aurais pris des précautions, mais elle ne voulait pas et moi, je m'en foutais un peu. C'était monstre de ma part mais(...). A partir de 1987, elle n'a plus eu le choix. Je lui ai dit non, clair et net mais on a joué quand même avec le feu, des fois. Mais non. Elle m'a demandé mais non. (...) Elle a été enceinte en 1988. " (Resus).*

Face à la dimension objective du préservatif, on constate le vacillement de Resus entre plusieurs positions. Le préservatif est tout d'abord ce que sa femme ne veut pas et que tantôt il lui impose ou qu'il ne parvient pas à imposer. Le préservatif est également décrit comme ce qui ouvre un espace où on joue avec le feu. Enfin, ne pas mettre du tout le préservatif est ressenti comme le fait d'un monstre qui s'en fout.

Ainsi, Resus se décrit à la fois comme un " homme responsable qui en impose ", un casse-cou " qui joue avec le feu " et un " monstre qui s'en fout ". On peut faire l'hypothèse que ces trois positions subjectives de Resus sont trois modes d'adaptation spécifiques à trois risques " élaborés " ou " construits " dans la dynamique relationnelle et identitaire, correspondant en quelque sorte à trois dimensions de la protection, à savoir la protection objective et effective de " l'homme raisonnable ", la protection " relative " par le biais de diverses stratégies, dont le jeu est ici un exemple, et la protection " absolue " par une forme de retrait du monde des soucis. En même temps, Resus n'est ni un casse-cou, ni un monstre, ni un être parfaitement raisonnable. Il est le sujet mouvant et relationnel d'une tension entre diverses modalités de protection subjective face à l'autre et face à la menace.

On trouve un exemple de cette élaboration du risque au cœur de la relation dans l'extrait suivant où le préservatif est ressaisi et traduit dans le sens de la relation amoureuse.

**“ Quand on aime, l'être qui est en face de vous est une personne normale ”**

*“ Je ne suis pas l'exemple, le type d'homme pour la prévention. Lorsqu'on aime une personne, l'être qui est en face de vous est une personne normale. On ne pense pas du tout qu'elle a cette saloperie-là. Quand une personne aime une autre personne, dans deux cas sur trois, ils auront le même raisonnement. Si, au moment où elle m'a dit il y a deux ans d'ici : “ voilà, écoute, je dois te dire, je suis séropositive ” , je lui avais dit : “ Bonsoir ma fille, je m'en vais ” . Est-ce la réaction normale d'un homme ou d'une femme ? Ça n'aurait été qu'une aventure. Quand on aime une personne, on n'est pas comme ça. Toute personne a le droit d'aimer. Que la personne soit malade ou pas. ”* (Le partenaire de Marie-Laure).

On lit dans cet extrait un processus de protection de l'autre et de la relation comme idéaux. En même temps, l'absence de protection définit aussi le partenaire de Marie-Laure comme “ homme normal ” au sein d'une structure où il oppose l'univers de la relation humaine, amoureuse et normale à une relation d'aventure (tableau 2).

Tableau 2

**Structures et univers**

Univers 1	Univers 2
<b>Relation amoureuse</b>	<b>Aventure</b>
Quand une personne aime une personne normale	(Lorsqu'on)* (n'aime pas) (Pas une personne) (Pas normale)
On ne pense pas qu'elle a cette saloperie (Ne pas partir)	(On pense qu'elle a cette saloperie) Bonsoir ma fille, je m'en vais (Réaction anormale)
Réaction normale d'un homme ou d'une femme (réaction humaine)	(Réaction non humaine)
Pas l'homme de la prévention	(L'homme de la prévention)

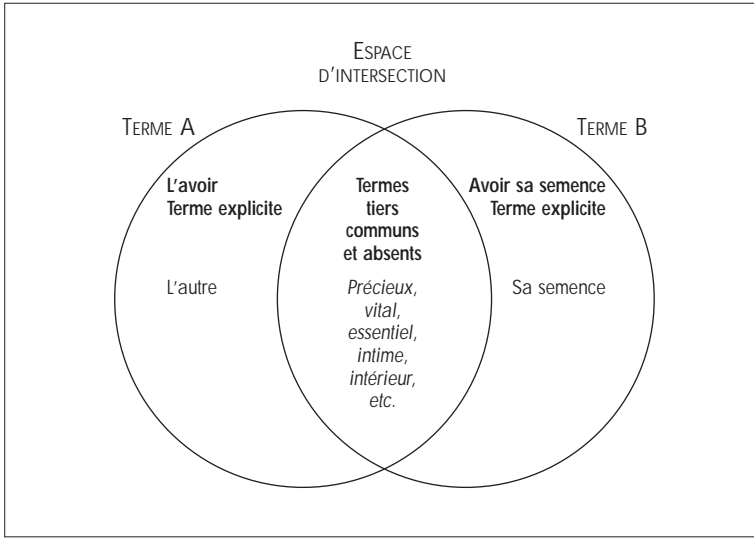
\* Dans un tableau de mise en structure, les termes non explicites dans le texte mais implicitement contenus peuvent être formulés entre parenthèses.

Par cette mise en structure, on voit que l'absence de protection participe à la cohérence de tout un univers dans lequel s'inscrit la relation amoureuse et au cœur duquel les partenaires protègent la valeur qu'ils accordent à cette relation et à eux-mêmes. L'enjeu ou le risque subjectif lié à l'usage du préservatif est de passer d'une relation amoureuse à une aventure infra-humaine.

De plus, la dimension métaphorique de la réception du sperme ou du contact intime sont à leur tour susceptibles de définir l'autre comme idéal, tandis que



Tableau 3

**Exemple de traduction métaphorique du sperme et du partenaire**

le préservatif acquiert – en miroir structural – le pouvoir métaphorique d'une traduction de l'autre comme " anormal " ou comme ayant perdu son caractère exceptionnel (tableau 3).

" Recevoir sa semence, c'était, pour moi la sensation de l'avoir tout entier ". (Miguel).

Le sperme peut avoir le pouvoir de résumer l'autre tout entier ou tout complet, en le redéfinissant dans son entièreté (extrapolation) à partir d'un espace métaphorique commun auquel il le réduit (réduction). Lorsque Miguel (supra) exprime son attrait pour la semence du partenaire en tant qu'elle tient lieu de l'autre " tout entier ", il définit tant le sperme en lui-même que le partenaire idéal de sa quête amoureuse dont la métaphore de la semence signifie combien il est un être intime, intérieur, précieux, vital et essentiel.

A partir de cette déconstruction, on conçoit que ne pas recevoir la semence de l'autre ou mettre un quelconque barrage à sa réception intime est une opération qui ne touche pas seulement la substance mais qu'il s'agit d'une redéfinition du partenaire idéal tout entier et de la relation.

## Le risque dans les relations occasionnelles et la crainte identitaire

### Le risque identitaire et la perception subjective du préservatif selon le statut sérologique

Il ressort des entretiens que le préservatif est perçu comme un attribut de la séropositivité menaçant les personnes atteintes qui le portent ou qui l'imposent dans le cadre de relations occasionnelles. Ce constat nécessite une analyse plus approfondie. Tout d'abord, on constate que le préservatif a été conçu sur le mode du *facultatif* par la personne interrogée avant l'annonce de la séropositivité et qu'il n'est ressenti comme *obligatoire* qu'après l'annonce.

*" En fait, je pense que le fait de savoir que le préservatif était **nécessaire** si je ne voulais pas, soit me surcontaminer, soit contaminer les autres, c'était un peu difficile, **plus difficile** en fait qu'avant, quand j'avais mes relations avant que je ne sois contaminé.(...) Aujourd'hui, c'est pas facile de donner le préservatif parce qu'il y a un truc : " **si je mets un préservatif, il va croire que je suis(...)** et c'est un peu cette réaction, sachant très bien que je l'étais(...) " (Bernard).*

*" Alors que j'utilisais un préservatif, ça me pose un problème maintenant car c'est **une obligation**. Avant c'était pas un problème, au contraire, c'était un jeu érotique supplémentaire que j'avais trouvé. "* (Joseph).

### **" Il va croire que je le suis alors que je sais que je le suis(...)** "

Cette perception subjective du préservatif comme message potentiel au sujet du statut sérologique est fondamentale pour mieux comprendre les difficultés que peuvent ressentir des personnes atteintes dans des relations occasionnelles. Le préservatif porté ou imposé par la personne séropositive n'a pas le même sens subjectif que celui qui est porté ou imposé par la personne séronégative. S'en référer à un sens " objectif " du préservatif conçu comme simple protection, c'est oublier que l'objet prend, en fonction de qui le porte ou l'impose, une dimension socio-symbolique toujours particulière. Le préservatif est porté à la fois sur le corps et dans un discours, monologue intérieur au sein duquel il est porteur de sens. Ce sens peut être rassurant pour la personne séronégative qui intériorise l'histoire de sa prudence. Ce sens peut au contraire être menaçant si le préservatif est perçu comme une dénonciation d'un état potentiellement discriminé.

### Préservatif, signification et crainte

Il faut cependant mieux comprendre en quoi le préservatif aurait ce pouvoir de " dénonciation ". La première logique sous-jacente semble la suivante : en tant que personne séronégative, il est possible de porter le préservatif

comme un masque, c'est-à-dire de porter l'attribut d'un état (être séropositif) sans pour autant craindre d'être assimilé à cet " état ". Au contraire, le préservatif peut être perçu subjectivement par la personne séropositive comme un révélateur pour autrui de son statut sérologique tout en agissant en tant qu'un rappel de ce statut pour elle-même. On peut reconstituer la logique de cette perception différentielle sur la base d'un monologue imaginaire d'un policier allant à un bal costumé dans une ville lointaine : *" Si je mets mon costume de policier, il y en aura bien un pour me reconnaître et me dénoncer comme flic. Alors, on me mettra dehors. Si je dis que je ne suis pas policier, je mentirai et on verra que je mens. De toutes façons, je ne saurais pas mentir et avoir du plaisir en même temps. C'est pourquoi je ne me suis pas habillé en policier "*.

Il reste encore à mieux comprendre pourquoi le préservatif est perçu de manière dominante comme un " accessoire " indispensable ou comme un " uniforme " (Goffman, 1973) pour et par les personnes atteintes elles-mêmes. L'hypothèse est la suivante : à partir d'une représentation dominante de la santé liée à l'idée de séronégativité ou d'absence de maladie, la personne séropositive est intuitivement perçue, tant par elle-même que par autrui, en tant que " réservoir " potentiel de " morbidité ", représentation à laquelle se relierait dans la culture dominante la conception du préservatif en tant que " bouchon obligatoire ", attribut indispensable des personnes séropositives.

De plus, l'expérience de rejet est fréquente lorsqu'il y a déclaration du statut. *" Quand tu le dis, neuf fois sur dix, c'est bon comme ça. Le type te dit qu'il préfère pas. Ou alors, c'est un spécial qui aime ça mais je ne suis pas d'accord. "* (Eric).

*" Les gens, à ce moment-là, partaient. Je crois que ça, ça a changé mais à ce moment-là, c'était clair. Et 90 % partaient et les 10 % restant restaient par pitié. "* (Phil).

### **La permanence de la peur ?**

On peut déduire du refus qu'en cas de présence effective du virus, ni la personne séropositive, ni la personne séronégative ne croient réellement à l'efficacité suffisante du préservatif. La personne séropositive préfère " prévenir " de son statut malgré le port d'un préservatif, en se disant que si, malgré la protection, quelque chose se passe, elle " préfère avoir été honnête ". De l'autre côté, la personne séronégative refuse souvent le contact sexuel, pensant qu' " il n'y a peut-être pas de risque mais qu'on ne sait jamais ". En observant cette méfiance, on comprend sans doute mieux pourquoi le moindre " accident " de préservatif dans l'histoire passée des partenaires peut être lourd de conséquences dans le temps.

## **Responsabilité et risque pour soi et pour autrui**

Les entretiens révèlent aussi que les personnes contaminées n'ont en général pas le souci d'une prévention pour elles-mêmes. Au contraire, les personnes atteintes perçoivent leur contamination comme un dommage irrémédiable qui, atteignant leur santé, les prive de l'objet même qu'elles seraient censées protéger encore.

*" Je sais que chaque malade est bien spécifiquement malade de sa séropositivité, et que même avec un séropositif, il faut faire attention parce que le degré d'infection d'un séropositif n'est pas le même que l'autre et que ça peut accélérer ou diminuer l'un et l'autre. Je suis bien au courant de tout ce qui est médical à ce niveau-là. Mais quand on est tous les deux séropositifs, et j'ai posé la question au moins à 100 séropositifs, on n'en a plus rien à foutre. OK "* (Jean).

La distinction entre responsabilité pour soi et responsabilité pour autrui est importante dans la mesure où les personnes séronégatives peuvent avoir le sentiment dominant d'une responsabilité personnelle dont l'objet est la protection de leur santé conçue sur le mode de la propriété privée, dépendant de leur libre arbitre et perçue *a priori* comme facultative. Au contraire, les personnes séropositives ont le sentiment dominant d'une responsabilité dont l'objet est la santé d'autrui, responsabilité sociale ressentie comme contraignante.

## **Un point commun entre peur et doute : l'indicible crainte**

A l'intérieur des couples sérodiscordants, la peur pose un problème essentiel à la prévention. En effet, si l'ensemble des messages préventifs vise à rassurer au sujet du risque effectif en recommandant l'emploi de moyens techniques, la persistance de la peur ou son accroissement avec le temps, peut déboucher sur une souffrance de la relation, sur l'abandon progressif des relations sexuelles, sur la rupture ou encore sur des précautions inappropriées et des échecs préventifs.

*" C'est difficile d'avoir des relations sexuelles. J'arrive très peu maintenant. Parce que ce n'est pas fiable à 100 %. Et j'ai tellement peur de la contamination. Il y a un blocage quelque part. "* (Jacques).

## **Un autre objet de peur ?**

Les difficultés de faire confiance aux moyens préventifs doivent être aussi considérées en tenant compte des " objets de peur " dont il est question de se protéger. La distinction entre l'objet " réel " de peur, ou encore l'objet explicite décrit par le discours médical, et l'objet imaginaire qui, éventuellement

s'y cristallise, peut être éclairante. Dans le cas du sida, le virus est un " objet réel " de peur, par rapport auquel le préservatif ou des pratiques sans pénétration sont susceptibles de donner une protection adéquate. La permanence d'une peur malgré l'adoption de protections efficaces invite à faire l'hypothèse d'un autre " objet " de peur, suscité par la présence effective du virus dans l'interaction.

Cet objet ne peut-il pas correspondre à l'appréhension imaginaire de la mortalité<sup>2</sup>. Cette hypothèse s'appuie à la fois sur la permanence ou l'accroissement de la peur ou, au contraire, sur certaines fascinations exercées par la proximité du virus, exprimées avec un profond malaise par des personnes atteintes qui en ont fait l'observation chez certains de leurs partenaires.

*" Je suis désolée mais je ne comprends pas pourquoi il veut le faire sans préservatif avec moi. Il a une copine qui a l'air assez charmante. Pourquoi veut-il être avec quelqu'un qui est séropositif et faire l'amour sans préservatif, ça, c'est quelque chose que je ne comprends pas du tout. "* (Ann).

Ainsi, dans une interaction sexuelle où la sérodiscordance est connue, une double peur peut prendre place : d'une part, la peur à l'égard du virus lui-même comme élément réel, objectivable et maîtrisable par la technique ou certaines conduites et, d'autre part, la peur à l'égard d'une mortalité rendue proche par le virus, c'est-à-dire d'un élément puissamment imaginaire et qui paraît non maîtrisable.

Tableau 4

### La peur structurée en fonction de deux objets différents

	Objet de peur	Mode de protection
<b>Axe médico-préventif ou axe "réaliste" ou "pragmatique"</b>	Le virus	Le préservatif
<b>Axe imaginaire (individuel et collectif)</b>	La mort, la mortalité, la contagion de la mort elle-même	La fuite ou l'héroïsme ou(...)
<b>Rapport tensionnel entre les deux axes</b>	Moments successifs durant lesquels la personne " se raisonne " ou au contraire " panique "	Variabilité dans le discours et dans les pratiques à l'égard du partenaire contaminé. Incohérence entre le discours lui-même et les pratiques, sautes d'humeur, tension existentielle entre l'envie de quitter et la figure du héros.

<sup>2</sup> " Toutes les maladies peuvent et doivent être guéries, mais la mortalité qui est à la fois, comme nous le disions du souci, la maladie des maladies et la maladie de la santé, la maladie des malades et la maladie des bien-portants, la mortalité, qui est le " fait de " la maladie et le " fait de " la mort elle-même, est littéralement inguérissable. (...) La mortalité qui rend mortelles les maladies mortelles n'est pas elle-même une maladie ; ou si c'est une maladie, c'est une maladie littéralement désespérée et *a priori* incurable." (Jankelevitch, 1981, p. 164).

*“ On dormait encore ensemble, on s’embrassait, mais on n’avait plus de relations avec ou sans pénétration ou éjaculation, ou orgasme enfin. Non, c’était une relation toujours tendre et affective, mais plus sexuelle. On avait peur ! on avait peur ! on avait peur, on n’avait pas envie. ” (Denis).*

A l’intérieur des couples sérodiscordants, une forme de tabou vient à son tour clore l’espace d’expression des peurs imaginaires. Comment dire à l’autre la peur qu’on ressent malgré le préservatif ? Comment dire que la perception qu’on a de lui est la perception d’un être désormais “ plus mortel ” qu’avant ? Cet “ aveu ” est d’autant plus problématique que son contenu est précisément ce à quoi la personne atteinte tente d’échapper.

### **“ On n’arrive pas systématiquement ”**

*“ On n’arrive pas à utiliser systématiquement la capote pour le moment ”* est une forme de transaction particulière par laquelle, aujourd’hui, le couple parvient à maintenir une certaine cohésion et une certaine satisfaction pour chacun. L’expression “ pas systématiquement ” est un résultat transactionnel d’un processus d’arbitrage complexe. Il ne s’agit pas pour Martine de faire délibérément courir un risque à l’autre, mais bien d’être inscrite dans un processus d’adaptation et d’arbitrage du couple face à plusieurs risques, dont les résultats sont instables, et au cœur duquel vont jouer des éléments et des registres divers, tels le désir d’enfant, le risque de contaminer et d’être contaminé, le vœu de partager la vie de l’autre, le risque de ne jamais être mère, la crainte de la solitude, etc. Après un certain temps d’entretien, toutes les personnes rencontrées ont exprimé la complexité, la difficulté et la variabilité de leurs comportements.

## **Quelques considérations complémentaires**

### **A l’écoute attentive de la peur**

Les dispositifs scientifiques et préventifs se montrent le plus souvent peu aptes à entendre et à rassurer des individus confrontés à des peurs sur l’axe imaginaire. Au contraire, trop souvent, la recherche et la prévention tendent ensemble et de manière volontariste à disqualifier ces craintes “ *imaginaires* ” pour imposer une sécurisation raisonnable. En cela, elles participent à l’inhibition de toute parole à ce sujet et à l’accroissement des peurs, des réactions intuitives et des discriminations.

### **Les personnes atteintes entre *safe* et *safer sex***

A l’opposé de certains discours qui considèrent légitime et évident d’attendre de la seule personne atteinte une conduite sans le moindre risque ou une pro-

tection absolue d'autrui, c'est-à-dire l'adoption du *safe sex*, il faut aujourd'hui s'intéresser à la manière dont les enjeux relationnels et identitaires influencent l'adaptation des partenaires à divers risques dans le cadre de leurs relations, favorisant l'adoption de comportements à moindre risque ou, au contraire, l'émergence de situations de vulnérabilité spécifiques. Le paradoxe est bien le suivant : d'une part, le " moindre risque " (ou *safer sex*) est enfin devenu l'objectif réaliste de campagnes de prévention qui ont fait le deuil d'un " risque zéro " reconnu comme objectif impossible et contreproductif. D'autre part, l'idée que des personnes séropositives peuvent " faire courir " le moindre risque paraît insupportable et l'objectif implicite (re)devient le risque zéro.

En restituant le risque dans l'interaction, on ne parle pas de quelqu'un qui fait courir un risque mais d'une situation à plus ou moins grand risque. Le risque du sida, que ce soit pour soi ou pour autrui s'inscrit à l'intérieur d'une hiérarchie de préoccupations dont l'ordre n'est pas donné à l'avance. Cette hiérarchie s'élabore en fonction de la dynamique relationnelle existant entre les personnes, d'une part, mais aussi en tenant compte des idéaux et des craintes qui balisent cette dynamique. Ainsi, on a vu que le souci du partenaire et/ou de l'amour posés comme des idéaux pouvait susciter des modes de protection potentiellement contradictoires par rapport au risque du sida, de l'abandon du préservatif à la rupture entre les partenaires. On a aussi constaté que les peurs, comme éléments cruciaux de la dynamique relationnelle, devaient être analysées en profondeur, que ce soit en fonction de leurs objets (de quoi chacun a-t-il peur ?) ou en fonction des sujets qui y sont confrontés (qui a peur de quoi ?). Ainsi, on a pu distinguer la crainte de la contamination pour soi ou pour autrui, la peur du rejet social de la personne atteinte ou, au contraire, la culpabilité anticipée du partenaire séronégatif, etc. A chaque fois, il a été indispensable de se demander quel était le sens particulier des conduites adoptées par les partenaires. Par là, on décide résolument qu'il y a un sens à se comporter de la sorte et on s'interroge alors sur les " objets " ou les idéaux que de telles conduites ou de tels choix protègent, fussent-ils inadéquats au regard de la norme préventive.

C'est pourquoi chaque risque doit être appréhendé au niveau effectif et au niveau imaginaire. La complexité de la situation de vulnérabilité trouve ainsi à s'élucider à partir d'un canevas d'analyse qui doit faire place à la complexité et, en même temps, tenter de l'éclairer pour en rendre compte aux divers acteurs engagés dans la lutte contre le sida, parmi lesquels les personnes atteintes sont des interlocuteurs privilégiés.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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

Delor F. (1997). *Séropositifs, trajectoires identitaires et rencontres du risque*. Paris, L'harmattan.

Goffman E. (1973). *La mise en scène de la vie quotidienne*. Tome 1 : *La présentation de soi* ; Tome 2 : *Les relations en publique*. Paris, Edition de Minuit.

Guizzardi G., Stella R., Remy J. (1997). Rationality and Preventive Measure : The ambivalence of social discourse on AIDS. In : Cohen M. *et al.* *Sexual interaction and HIV risk, new conceptual perspective in European research*. London, Taylors & Francis.

Jankelevitch V. (1981). *La mort*. Paris, Edition Flammarion.

Sontag S. (1989). *Le sida et ses métaphores*. Paris, Christian Bourgeois Editeur.