

Bareback et construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay

Jean-Yves LE TALEC¹

Résumé

L'émergence du bareback dans les pays occidentaux, dont les premiers signes remontent au début des années 1990, est un révélateur de l'évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay. Mais ce phénomène a également tendance à masquer un ensemble de transformations profondes dans la représentation du risque lié au VIH. De ce point de vue, le bareback n'est que l'élément le plus visible d'un continuum de pratiques sexuelles non protégées, dans lequel les stratégies de prévention ne sont pas abandonnées, mais sont aménagées en fonction des désirs et des contraintes normatives et font appel à des procédures de réduction des risques sexuels. La « culture de sexualité » et la « culture de prévention » sont loin de s'opposer. Elles s'influencent mutuellement et conditionnent les attitudes et les pratiques. Le bareback ne fait que souligner les évolutions du lien entre homosexualité et sida et interroge la norme de prévention, désormais vécue comme une contrainte.

Mots clés : homosexualité, hommes, VIH, sida, risque, bareback, réduction des risques.

Depuis le début des années 2000, différents résultats d'enquêtes indiquent une nette évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay. Elle se traduit par un accroissement global des pratiques sexuelles non protégées [14, 39], une tendance générale dans l'ensemble des pays développés, bien qu'elle semble se stabiliser dans certaines grandes villes, comme Londres [12]. Sur le plan épidémiologique, ce constat s'accompagne en France d'une augmentation du nombre d'infections récentes lors de relations homosexuelles entre 2003 et 2004, notamment à Paris [15].

Cet accroissement des comportements à risque s'inscrit dans un contexte de « normalisation paradoxale du sida » [36]. En ce qui concerne spécifiquement les hommes gay, deux tendances ont été décrites : un investissement plus grand dans la sexualité [7], dans un contexte de normalisation sociale de l'homosexualité [4, 20].

¹ Équipe Simone-SAGESSE, université de Toulouse II-Le Mirail ; letalec@univ-tlse2.fr.

Sauf indication contraire, les données présentées dans cet article sont issues du programme de recherche « Bareback et pratiques sexuelles à risques chez les hommes gay », soutenu par l'Anrs (subvention de recherche n° 01137, 2001-2003).

Cette fréquence accrue des conduites à risque s'accompagne également d'une plus grande « visibilité » de celles-ci, notamment sur le thème du bareback, qui apparaît d'abord aux États-Unis vers 1995, puis en France quelques années plus tard [19]. Ce phénomène, correspondant au choix de certains hommes gay d'opter pour des pratiques sexuelles non protégées², a suscité une violente polémique, dont les arguments éclairent l'évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay. Cependant, le bareback ne résume pas l'ensemble des pratiques de non-prévention ; il n'en constitue que l'un des aspects, que l'on peut qualifier d'extrême ou de spécifique, dans un continuum de pratiques sexuelles non protégées.

Contexte et discours sur le risque lié au VIH

L'évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay s'inscrit dans un contexte fortement marqué par les efforts de prévention menés depuis une vingtaine d'années. Différentes stratégies se sont succédées, soutenues par les politiques publiques. Cependant, l'irruption d'un discours sur la non-protection des rapports sexuels, porté par certains barebackers, a suscité de nouvelles réflexions sur les rapports entre sexualité et prévention.

« Culture de sexualité » versus « culture de prévention » ?

De prime abord, l'ensemble des éléments constitutifs de ce que l'on peut appeler une « culture de sexualité » gay – lieux, dispositifs, habitudes, scripts, pratiques, réseaux, etc – est souvent opposé aux composantes de ce qui constituerait une « culture de prévention » – messages, outils, aménagements, interventions, etc. En d'autres termes, la logique propre à cette « culture de sexualité » et ses effets viendraient altérer, diluer et amoindrir l'efficacité de la « culture de prévention ».

La « culture de sexualité » gay est directement liée à l'évolution sociale de l'homosexualité et résulte, dans sa forme actuelle, des conséquences de la « libération gay » au cours des années 1970. La promiscuité et l'expérimentation sexuelles étaient revendiquées comme des valeurs venant témoigner de l'émancipation des gays et de leur liberté nouvelle. Ce mode de vie a très vite atteint ses limites sur le plan de la santé, avec la multiplication des cas d'infections sexuellement transmissibles, et l'irruption du sida a provoqué un coup d'arrêt, sans entraîner cependant un réel changement de paradigme en matière de sexualité. La « culture de prévention », qui se développe alors progressivement, vient paradoxalement légitimer et renforcer la « culture de sexualité », tout en modifiant certains de ses paramètres.

C'est ce que l'on peut observer aujourd'hui, notamment dans les lieux identitaires où des interactions sexuelles sont possibles. « Culture de sexualité » et « culture de prévention » co-construisent en quelque sorte les espaces et les pratiques, en entrecroisant leurs références propres. La sexualité renvoie toujours à un « âge d'or » de la libération sexuelle, par des évocations et des dispositifs qui

² Cette définition du bareback, adoptée dans le cadre de ce travail de recherche, est discutée dans la troisième partie de l'article.

n'ont guère changé (*backrooms*, *darkrooms*, *glory holes*³ ...), mais en ménageant constamment des espaces dédiés à la prévention (présentoirs de documents d'informations, affiches, stickers, distributeurs de préservatifs et de gel...). Chaque lieu réalise un équilibre propre, qui n'est ni le résultat d'une norme uniformément appliquée, ni le déni total des impératifs de prévention.

De plus, l'action publique en matière de prévention, en subventionnant les actions menées auprès des clients, entérine la construction des identités sexuelles au sein de dispositifs d'échanges sexuels « légitimes et légaux » [4]. Dans les établissements gay où des échanges sexuels sont possibles, ceux-ci font l'objet d'une transaction indirecte, sous forme de droit d'entrée ou de consommations. De ce point de vue, la « culture de prévention », qui déculpabilise ces échanges, ne s'oppose pas à la « culture de sexualité » ; bien au contraire, elle la renforce et en légitime les aspects commercial et identitaire.

Sexualité et prévention réalisent donc un équilibre dynamique qui influence la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay. Deux éléments de réflexion, relatifs aux effets des politiques de santé publique en matière de prévention du sida, viennent apporter un éclairage intéressant. D'une part, selon Eric Rofes, la focalisation des messages sur le risque majeur associé à la pénétration anale a contribué, à partir de la fin des années 1990, au réengagement des hommes gay dans cette pratique, qu'elle soit protégée ou non [34]. D'autre part, l'imposition d'une norme de santé dans le champ de la sexualité a pu favoriser l'émergence d'une résistance individuelle et collective, liée à la construction du désir de certains hommes, fondée sur la marge et la transgression.

Bien évidemment, la sexualité gay ne se limite pas aux lieux commerciaux, et sa dimension privée (le couple, la sexualité chez soi) tient une place également importante. D'autres facteurs interviennent dans la construction sociale du risque, comme l'arrivée, en 1996, des traitements antiviraux hautement actifs. Cependant, l'émergence d'un discours sur une sexualité affranchie des mesures de prévention provoque une rupture dont les effets se font toujours sentir.

Le coming out des barebackers aux États-Unis

Le bareback semble surgir brutalement dans le débat public nord-américain vers 1995, mais il convient de le replacer dans son contexte.

C'est au début des années 1990 que s'ouvrent à San Francisco les premiers *sex clubs*, qui réapparaissent à la suite de l'interdiction des saunas décidée en 1984 [16]. Il s'agit de lieux « privés » dans lesquels des interactions sexuelles sont possibles. À l'origine, la culture de prévention y est présente, mais ils acquièrent rapidement la réputation de tolérer des comportements de non-prévention⁴. C'est également l'époque où l'on constate dans les enquêtes les premiers relâchements dans les comportements préventifs, désignés sous le terme de *relapse* [38]. Enfin, une réflexion se développe sur l'évolution de l'épidémie, sur

³ Une *backroom* (littéralement : « arrière-salle ») ou *darkroom* (« salle sombre ») est un dispositif de sexualité permettant la rencontre de partenaires multiples, dans un simple espace ou un « labyrinthe » de cloisons, très peu ou pas du tout éclairé. Les *glory holes* sont des ouvertures pratiquées à mi-hauteur d'une cloison, dans une *backroom* ou une cabine, permettant de pratiquer des fellations à un partenaire sans voir ni toucher celui-ci.

⁴ À la fin des années 1990, le *Bareback House* est un *sex club* du Castro district dans lequel toute référence à la prévention est bannie [35].

les politiques de prévention et sur leurs conséquences. Elle tente d'évaluer l'impact du sida sur la culture gay et s'interroge sur les places respectives des hommes séronégatifs ou séropositifs [26, 32].

C'est dans ce contexte complexe que se concrétise une subculture sexuelle centrée sur les rapports sexuels non protégés, porteuse d'une revendication publique, de la part, notamment, d'acteurs du *gay porn*, mais également de militants et d'écrivains [13]. Initialement, la séropositivité est au cœur de cette subculture, contemporaine de l'apparition des traitements antiviraux hautement actifs.

Le bareback suscite un débat violent s'articulant autour de la sexualité : d'un côté, des militants souvent qualifiés de conservateurs, et qui militent en faveur d'une normalisation de l'homosexualité (le mariage gay), réclament un certain contrôle de la sexualité [40] ; de l'autre, les adeptes du bareback, qui décrivent une réalité sexuelle souvent occultée par les mouvements gay ou de lutte contre le sida et mettent en avant leur liberté individuelle d'opérer un tel choix.

Le bareback, objet de discours et de tensions en France

En France, avant l'apparition du terme bareback dans les discours publics, un débat interne au milieu associatif s'est développé à partir de 1995. Il porte notamment sur le risque sexuel et la manière d'appréhender les nouvelles contaminations, alors que, sur le terrain, les intervenants évoquent déjà un relâchement des comportements de prévention [24, 18, 19].

Par la suite, ce sont en premier lieu des écrivains⁵ qui décrivent ces nouvelles attitudes sexuelles et proposent un autre regard sur l'expérience quotidienne de la séropositivité. La réaction d'une partie du monde associatif est vigoureuse : elle défend l'application stricte des recommandations de prévention comme étant la seule option possible, à la fois sexuelle et politique. L'ensemble de ces discours et polémiques révèle les trois registres de tensions suivants.

- Le premier a trait à la culture de sexualité et s'exprime au niveau individuel, entre adhésion ou résistance à la norme de prévention. Le discours public traduit cette tension en une dialectique « liberté » versus « responsabilité » et produit des processus d'exclusion et de violence, en désignant les barebackers comme des « irresponsables », voire des « criminels ». Il révèle également une ligne de fracture potentielle entre les hommes gay séronégatifs (ou qui se pensent tels) et les séropositifs, sur le thème du « danger » et de la diffusion « volontaire » du VIH⁶.
- Le deuxième registre de tensions concerne la « culture de prévention » et son interprétation, telle que Daniel Defert l'avait problématisée dès 1990 [8]. Il touche essentiellement le secteur associatif, qui se partage entre une position « conservatrice », dans le sens d'un renforcement de la norme de prévention, et une position « pragmatique », qui cherche à la faire évoluer. La première résiste aux évolutions de la culture de sexualité, tandis que la seconde tente de les accompagner, en explorant la voie de la « réduction des risques sexuels ». Les protagonistes présentent d'abord ces deux approches comme étant inconciliables.

⁵ Guillaume Dustan [9, 10, 11] et Erik Rémès [30, 31]. Leurs romans s'apparentent à des auto-fictions et peuvent être lus comme des récits biographiques « romancés ».

⁶ Cet aspect est particulièrement évident dans *The Gift* (2003), documentaire de Louise Hogart, couleurs, 62 minutes, Etats-Unis.

Dans un second temps, une négociation s'opère, face à deux dangers potentiels : la stigmatisation des personnes séropositives et la pénalisation de la transmission du VIH [25].

– Le troisième registre de tensions oppose deux conceptions des rapports entre homosexualité et sida : celle, historique, construite sur l'héroïsme et l'engagement des gays, à celle, pragmatique, reflet de l'évolution de l'épidémie et de la banalisation du sida. Cette opposition traduit une nette mutation identitaire : à l'image emblématique des « pédés séropos » militants, fondée sur les notions de mémoire et de responsabilité, succède une figure moins engagée, centrée sur l'individu comme seul lieu de résolution des contradictions entre désirs et injonctions sociales et qui tend à rejeter tout contrôle exercé sur le corps et la sexualité.

Ces tensions interviennent sur fond de « transition normative » de l'homosexualité, portée par le vote de la loi sur le PACS en 1999. Tandis que les désirs sexuels se réfèrent toujours en partie à un passé et à un imaginaire identitaires, les désirs sociaux des gays puisent désormais leur légitimité dans un ensemble de valeurs traditionnellement attachées à l'hétéronorme (le couple légalisé, la parentalité). Pour autant, ces deux registres ne sont pas antinomiques ou, du moins, ils ne semblent pas être vécus comme exclusifs l'un de l'autre. Ils s'intègrent au contraire dans un ensemble de représentations, qui constituent aujourd'hui autant de référents présentés comme légitimes entre une « distinction », qui relèverait d'une sexualité et d'une culture spécifiques, et la « reproduction » d'un ensemble de normes, qui placent le couple et la famille au centre de l'organisation sociale⁷. C'est également dans ce système de repères que s'inscrit l'évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay.

Celle-ci s'adapte également aux interrogations répétées sur l'évaluation objective du risque qui ont trait, par exemple, à l'influence de la charge virale et des infections sexuellement transmissibles sur la transmission du VIH, à la possibilité de surinfections, à la transmission de souches virales résistantes et au risque différentiel selon les pratiques et les rôles sexuels. Ces données scientifiques, souvent incertaines, ont un impact direct sur l'appréciation du risque et l'efficacité des procédures de réduction des risques que peuvent adopter les hommes gay, séropositifs ou non, qui choisissent des conduites de non-prévention.

Risque et pratiques sexuelles non protégées

Comment se traduit cette évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay, en termes de pratiques et de représentations ? Les données recueillies auprès d'un échantillon de sujets ne s'identifiant pas comme barebackers mettent en lumière plusieurs grandes tendances relatives aux connaissances et aux représentations, aux stratégies de prévention et aux récits de « prises de risque sexuel ».

⁷ Cette tension entre distinction et reproduction est reflétée dans les médias et les productions culturelles : le magazine *De l'air* pose la question « Les homos sont-ils devenus normaux ? » [1]. Dans le film *Chouchou*, cette tension est palpable entre le monde des cabarets travestis parisiens et l'idéal d'un « mariage en blanc » qui conclut l'histoire [*Chouchou* (2003) long métrage de Merzak Allouache, couleurs, 105 minutes, France].

Connaissances et représentations

La norme de prévention sexuelle produit un discours porteur d'informations et de recommandations consensuelles, censées être comprises et appliquées, afin d'éviter la transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles. Dans la pratique, ce dispositif diverge à chacune de ses étapes : les informations en matière de pratiques à risque et les prescriptions qui en découlent ne sont pas totalement consensuelles. Sur le terrain, la transmission du message et sa réception sont encore l'occasion de distorsions. Le destinataire (la cible) l'incorpore et l'interprète en fonction de ses propres connaissances, mais aussi de ses croyances, de son contexte social, émotionnel, affectif, en le confrontant à ses expériences [27]. Le cadre social de référence des normes conditionne leur réception [6].

L'information, telle qu'elle est perçue et intégrée, se traduit par un ensemble de connaissances. Une approche quantitative, fondée sur un questionnaire proposé à une centaine d'hommes consultant un centre de dépistage, a montré les limites de ces connaissances en matière de transmission du VIH et de la syphilis⁸ ; ces tendances sont confirmées par les entretiens approfondis. Les répondants disent être mieux informés sur le VIH que sur les autres infections sexuellement transmissibles, mais en exprimant des incertitudes relatives à certaines pratiques sexuelles, principalement la fellation. De ce point de vue, l'absence de consensus sur le risque encouru est perçue à la fois comme un doute et une crainte. D'une manière assez générale, les répondants admettent leur ignorance sur la transmission des infections sexuellement transmissibles et, notamment, de la syphilis. Il semble que la campagne d'alerte, initiée en 2001, ait attiré leur attention, mais le mode de communication retenu, axé sur le dépistage, se révèle finalement peu informatif.

Globalement, ces carences en matière de connaissances sont à rapprocher des 55 documents de prévention différents recensés sur le terrain à Toulouse⁹ et des 70 parutions de diverses campagnes publiées dans la presse identitaire¹⁰. Il semble que cette masse d'informations n'ait pas l'impact attendu, que ce soit par inattention, banalisation ou effet de saturation. Mais l'information seule ne suffit pas, elle s'intègre à la « culture de prévention » dans une médiatisation globale, incluant l'ensemble des dispositifs et des outils, et elle conditionne la mise en actes des conduites et des stratégies de prévention.

Stratégies de prévention

Les connaissances et les recommandations de protection déterminent un ensemble de « stratégies de prévention » qui, sur le plan collectif, ont évolué avec le temps et sont décrites en plusieurs étapes : la prudence et l'évitement, le « tout-préservatif » et, enfin, la négociation possible de pratiques non protégées [3, 5]. Michael Pollak avait déjà souligné combien les stratégies de prévention peuvent entrer en concurrence avec les stratégies de sexualité, et qu'il

⁸ Enquête réalisée au Centre de dépistage des maladies sexuellement transmissibles (CDMST) de l'hôpital La Grave à Toulouse. La signification statistique des résultats n'est pas atteinte, en raison de la faiblesse de l'échantillon.

⁹ Relevé effectué durant l'année 2002 dans les établissements identitaires toulousains (bars, boîtes, saunas, *sex clubs*).

¹⁰ Relevé effectué entre janvier et décembre 2002 dans *Illico, Je Toulouse et Têtu*.

s'opère là un compromis « entre le risque de contagion et le risque de solitude ». Ces compromis acceptables sont « rarement justifiés en termes moraux », mais conduisent à « la recherche de voies adaptées à une satisfaction à moindre risque » [29]. Ils semblent toujours de mise, puisque les recommandations de prévention sont régulièrement vécues comme une contrainte par la plupart des hommes gay interviewés. L'histoire de l'épidémie pèse sur les individus et vient limiter l'espace de liberté que représente leur sexualité.

Les stratégies de prévention individuelles sont élaborées à partir de la sexualité telle qu'elle est vécue et l'influencent, en retour, dans une dynamique permanente. Les étapes « historiques » de l'évolution de ces stratégies chez les hommes gay restent aujourd'hui parfaitement identifiables. Loin de s'être succédées dans le temps, elles se sont superposées et ont été mises en œuvre par les uns et les autres, au gré de leurs choix ou de leurs possibilités. Ces stratégies ont été décrites par ailleurs [28] et les trois profils qui suivent sont identifiables dans notre enquête, au travers des entretiens.

– La prudence : on peut regrouper sous ce terme un ensemble de stratégies plus ou moins rationnelles, guidées par la crainte du sida, qui visent à sélectionner ou à limiter un certain nombre de paramètres de « l'équation sexuelle » : les lieux, les partenaires, les pratiques sexuelles. On retrouve là un ensemble de protections imaginaires et symboliques [23]. L'ensemble de l'activité sexuelle peut être vécu sous l'empire de la crainte et certains tentent de combattre ce « désordre » en maîtrisant leur mode de vie.

– Le « tout préservatif » : cette stratégie se traduit par l'adoption inconditionnelle des recommandations de prévention. Toutefois, un seul répondant applique également ce principe à la fellation ; les autres le limitent aux pénétrations anales et acceptent une part de risque liée aux rapports bucco-génitaux. Le « tout préservatif » est souvent décrit comme une démarche active et personnelle, même si celle-ci représente une contrainte dont les répondants aimeraient pouvoir s'affranchir dans l'absolu.

– La négociation : elle vient moduler le « tout préservatif », comme un moyen alternatif, une manière de concilier le risque et une sexualité moins soumise aux contraintes de la prévention. Elle s'opère majoritairement dans le cadre de couples d'hommes séronégatifs, qui recourent au test de dépistage avant d'abandonner toute forme de protection. Cette stratégie s'appuie souvent sur les notions de fidélité (monogamie) et de confiance. La négociation peut également intervenir dans d'autres configurations (couples séropositifs ou sérodifférents, rencontres occasionnelles) et implique souvent une démarche de « réduction des risques sexuels ».

Ces stratégies sont autant de moyens de réaliser ce « compromis acceptable » entre désirs sexuels et risque, de s'approprier les recommandations de santé publique sans supporter une contrainte jugée trop pénalisante. Elles s'accompagnent cependant d'une remise en cause de la norme : « *Je commence à avoir un problème avec la prévention... En fait, je veux parler de la prévention genre risque zéro tu vois [...] Je trouve que ça manque de remise en question en ce moment.* » (Georges, 29 ans). L'acceptabilité du risque lié au VIH s'est progressivement accrue, et l'on a constaté des abandons de plus en plus nets de ces stratégies de prévention, abandons que Pierre-Olivier de Busscher décrit en deux temps : le *relapse*, puis une « recomposition de l'espace » contemporaine des nouveaux traitements, caractérisée par l'apparition du bareback, de la

séro-interrogation et de la notion de réduction des risques sexuels [5]. Cette évolution révèle une attitude nouvelle qui se traduit, dans les entretiens, par l'évocation régulière d'une sexualité non protégée.

Non-protection et « prises de risque »

Les attitudes de non-protection et de « prises de risque » sont soumises à l'influence conjointe de la « culture de sexualité » et de la « culture de la prévention », qui définit un ensemble de référents symboliques, de savoirs et de pratiques. Ces attitudes s'inscrivent aussi dans l'évolution de l'épidémie de sida en France vers une « normalisation paradoxale ». Elles dépendent enfin de l'histoire du sujet, de son ancrage social, de son capital culturel.

Dans l'ensemble des répondants de l'échantillon, trois attitudes se dégagent schématiquement vis-à-vis du risque lié au VIH :

- l'acceptation de la notion de risque comme faisant partie inhérente de la vie quotidienne : dans cette acception, le VIH représente un risque parmi d'autres et peut susciter par moments une attirance, tout comme l'usage de drogues par exemple, et à d'autres moments une plus grande prudence ;
- la crainte constante, voire irrationnelle, du VIH, qui soit limite la sexualité, soit alimente un sentiment répété de doute et de culpabilité, lorsque la sexualité reprend le dessus ;
- la gestion rationnelle du risque lié au VIH, organisée selon une hiérarchie des pratiques sexuelles, en fonction du degré de risque qui leur est associé et qui supporte une logique de « réduction des risques sexuels ».

Aucun informateur n'a évoqué le déni absolu du risque. On peut cependant se demander si l'évocation d'une position de « victime » ne s'apparente pas à une forme de déni ou, en tout cas, à une manière de laisser à l'autre l'appréciation du risque. Quant au défi, c'est l'une des interprétations que l'on pourrait a priori donner du bareback, mais c'est aussi un moyen de gérer la peur.

Dans une situation donnée, la perception d'un risque peut conduire à deux attitudes : soit adopter un comportement qui vise à se protéger, soit accepter la part de danger et courir ce risque, plus ou moins « en connaissance de cause ». La plupart des répondants décrivent en fait cette double attitude et déclarent adopter à la fois des stratégies de protection mais, dans certains cas, choisir également de ne pas tenir compte du danger. Un certain nombre de raisons vient expliquer ces épisodes, vécus comme des prises de risques, qui font l'objet d'une reconstruction a posteriori au moment de l'entretien.

Les motivations ou les circonstances d'une mise en danger de soi sont multiples.

- L'excitation sexuelle dans le feu de l'action est très souvent évoquée, de même que le désir et le plaisir. Le préservatif est souvent décrit comme provoquant une rupture dans le déroulement de l'interaction sexuelle, voire une contrainte gênante ou un handicap lorsqu'il interfère avec la fonction sexuelle, en perturbant l'érection ou en diminuant les sensations.
- L'amour, le partage, la fusion : pour certains, le préservatif est tout simplement vécu comme une barrière symbolique qui limite la rencontre. L'amour vient justifier, sinon la prise de risque, du moins le fait de ne pas utiliser de préservatif dans une relation fondée sur la confiance.
- La symbolique du sperme : dans une perspective anthropologique, le sperme est porteur d'une puissante valeur symbolique, celle du « chaud » et de la « vie ».

Mais il est également porteur du VIH et donc, symboliquement, de mort. Il reste pour certains l'objet d'une fascination parfois considérable, avec cette double valeur qui peut s'avérer attirante.

– La dépression et l'abandon de soi sont peu évoqués. De telles circonstances sont peut-être difficiles à objectiver et à exprimer a posteriori. En revanche, la consommation d'alcool est décrite comme pouvant favoriser des rapports non protégés. S'agissant d'autres produits (cannabis, cocaïne et drogues de synthèse), les expériences des répondants sont plus partagées : selon certains, la prise de drogues peut induire des modifications de comportement et selon d'autres, il s'agit d'expériences qui interfèrent peu sur la gestion des risques, voire qui suppriment l'activité sexuelle. Comme le souligne Marie Jauffret-Roustide, il y a une éventuelle convergence de situations et de lieux entre consommation de produits et activité sexuelle intense [16].

La relativisation du risque est enfin l'argument pragmatique le plus souvent évoqué dans le contexte de relations non protégées entre séropositifs, dans une démarche plus ou moins clairement affichée de réduction des risques sexuels.

Dans les entretiens, il est tout à fait remarquable de constater que l'évocation simultanée de stratégies de prévention et d'épisodes sexuels non protégés décrits comme des prises de risque se déroule sans aucun conflit apparent, dans le champ des idées ou des actes. L'évocation de conduites de non-prévention ponctuelles ou plus régulières n'est plus taboue et cela est sans doute l'un des aspects majeurs de l'évolution de la construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay.

Bareback

Le bareback est bien loin de résumer à lui seul l'ensemble des pratiques de non-protection des hommes gay ; il s'inscrit au contraire dans un continuum et n'en représente qu'une partie, dans un contexte particulier, celui d'un choix délibéré et revendiqué d'opter pour de telles pratiques.

L'étude du bareback est rendue difficile par la proximité et l'imprécision relative des notions de *relapse* et de pratiques à risque. La définition même du bareback varie selon qui en parle : le terme est polysémique et non consensuel¹¹. Il admet des significations contradictoires, qui reflètent la dimension conflictuelle du débat dont il est l'objet.

Dans le cadre de cette recherche, une définition simple a été adoptée : « Le bareback correspond au choix de certains gays d'opter pour des pratiques sexuelles non protégées » (sans autre spécification de fréquence ou de statut sérologique ou d'intention). Les auteurs anglo-saxons adoptent des définitions comparables, quoique plus restreintes, limitées aux pratiques anales non protégées, avec des partenaires occasionnels – *not a primary partner* [37]. Ils n'y ajoutent en tout cas aucune intention particulière, autre que le choix de pratiques non protégées, et n'introduisent pas non plus de spécificité en fonction du statut sérologique. Ils soulignent, en revanche, la distinction qu'ils opèrent entre pratiques non protégées et pratiques à risque, comme n'ayant pas la même signification.

¹¹ À propos de cette définition, voir Le Talec, 2003, p. 227-8 [19].

Enfin, tel qu'il est défini, le bareback est surtout abordé comme pratique ou ensemble de pratiques sexuelles, mais il renvoie implicitement à des hommes qui connaissent ce terme ou qui s'y identifient à des degrés divers¹²

Un groupe hétérogène

L'étude des trajectoires et des motivations d'un groupe d'hommes barebackers montre qu'elles sont très diverses¹³. Ce choix est dans certains cas récent, dans d'autres beaucoup plus ancien, en tout cas bien antérieur à l'identification du phénomène en tant que tel. Plusieurs générations d'hommes gay sont donc concernées et tous ne sont pas séropositifs.

Le choix d'une sexualité « sans contrainte » est régulièrement évoqué, mais d'autres motivations entrent en jeu. On peut identifier notamment une volonté de contester et de résister au modèle gay dominant, ou encore une adhésion à un réseau et une subculture qui ne se limite pas aux rencontres et aux échanges sexuels. L'attrait du risque est également possible, notamment chez des hommes séronégatifs, sous la forme d'une « mise à l'épreuve » que représente la prise de risque volontairement choisie (une forme de comportement ordalique).

Enfin, la recherche d'une contamination volontaire, pour soi-même ou à la demande d'un partenaire, est une configuration possible qui sort de la définition stricte du bareback, de l'aveu même des hommes concernés. Il s'agit d'une autre dimension, tout à fait spécifique.

En tout état de cause, les hommes gay qui se désignent eux-mêmes comme étant barebackers ne forment pas un groupe d'individus homogène, ce qui en rend l'approche d'autant plus complexe. Il ne s'agit en l'occurrence ni d'une catégorie épidémiologique, ni d'une catégorie identitaire (le bareback n'est un référent de l'identité pour soi spécifiant l'homosexualité que chez certains barebackers), à peine d'une catégorie de pratiques. En revanche, il constitue bien au travers des discours une catégorie de désignation, c'est-à-dire une identité pour autrui péjorative (y compris à l'intérieur du groupe des hommes gay).

Un certain nombre de traits communs aux adeptes du bareback peut cependant être dégagé, en gardant à l'esprit qu'il ne définit pas un profil univoque.

Traits communs aux adeptes du bareback

De manière transversale aux diverses trajectoires et motivations des hommes rencontrés, un certain nombre de traits communs se dégage quant aux arguments que ceux-ci avancent, notamment en matière de motivations, d'attitudes et de pratiques.

Le plus important est celui de la liberté sexuelle et individuelle. Le choix d'opter pour des pratiques non protégées repose sur cette liberté revendiquée, qui est

¹² Gordon Mansergh intègre cette connaissance préalable dans sa définition du bareback : « [...] among men who have heard of the term » [22].

¹³ Il est fait ici référence principalement à l'échantillon d'enquête, mais aussi aux groupes de parole organisés entre 2004 et 2006 à Paris dans les locaux de Sida Info Service par Alain Léobon, dans le cadre du contrat de recherche soutenu par l'Anrs (« Recomposition, dans le cyberspace, de la rencontre homosexuelle au risque lié au VIH-sida. Monographies comparatives dans deux dimensions urbaines et un contexte international francophone », décision Anrs 2003-2004/123. A. Léobon UMR 6590 Espaces et Sociétés, CNRS). Ces groupes de parole ont réuni des internautes volontaires, fréquentant le site français bbackzone.com.

mise en lien avec les notions de désir et de plaisir (comme dans le cas de la plupart des hommes gay). Comme le souligne Alain Léobon, le choix des barebackers s'ancre bien plus dans la sexualité que dans une « culture du risque » [21]. Cependant, de manière sous-jacente, ils se placent en position de résistance à la norme de santé publique et de prévention. Dans certains cas, cette résistance prend la dimension d'une attitude explicitement subversive ou transgressive.

Le choix de ces hommes repose sur un ensemble solide de connaissances, d'autant plus s'ils sont séropositifs. Ils déclarent que celui-ci est réfléchi et bien informé, notamment sur le VIH. Cependant, le risque de surinfection fait encore débat et il est souvent très relativisé dans les discours. En revanche, le risque lié à la transmission d'infections sexuellement transmissibles (en particulier la syphilis) est reconnu, voire mis en avant, et les recommandations de surveillance sérologique sont intégrées et mises en pratique. Toutefois, l'attention portée à cette question varie selon les infections sexuellement transmissibles, et les risques liés aux hépatites (notamment l'hépatite C) restent mal connus, voire négligés¹⁴.

Sur la question précise du sida, les barebackers séropositifs déclarent dans l'ensemble ne pas souhaiter transmettre le VIH à un partenaire qui serait sérodifférent. Cette question qui découle de leur choix est très largement discutée et ils insistent sur la notion de responsabilité individuelle dans le cadre des interactions sexuelles, tout en n'écartant pas tout à fait la possibilité d'une responsabilité partagée entre partenaires.

Cette volonté de ne pas transmettre le VIH (à part les configurations de contamination volontaire, qui ne sont pas comprises comme faisant partie intégrante du bareback) s'accompagne de procédures de réduction des risques. L'annonce préalable du statut sérologique, quel qu'il soit, en fait partie et s'inscrit soit dans la démarche de recherche de partenaires, soit au moment de la rencontre effective. Une partie des barebackers séropositifs s'élève d'ailleurs contre le fait que des hommes se déclarant séronégatifs puissent entrer dans « leurs » réseaux et y rechercher des partenaires. En matière de réduction des risques, la sélection des partenaires (sérotriage) ou la sélection des pratiques sexuelles (séroadaptation) en recherchant la concordance des statuts sérologiques est couramment évoquée. Elle va de pair avec des dispositifs de réduction des dommages liés aux infections sexuellement transmissibles, qui consistent à avertir ses partenaires en cas de contamination ou même de doute. Le choix d'opter pour des pratiques sexuelles non protégées n'implique pas que ce choix soit systématique. Face à certaines situations particulières (sérodifférence des partenaires, par exemple), la plupart des hommes rencontrés évoque la possibilité soit d'interrompre l'interaction sexuelle, soit de choisir des pratiques non risquées, soit d'utiliser le préservatif.

Le bareback revêt une dimension collective importante qui n'est pas limitée aux échanges sexuels et ses adeptes le décrivent aussi comme un réseau de soutien, d'information et de solidarité, notamment pour les hommes gay séropositifs. Pour certains, il s'agit d'un référent parmi d'autres, qui entre dans leur construction identitaire.

Enfin, parmi les barebackers rencontrés, les discours sur la santé sont nombreux¹⁵. Ce constat peut paraître paradoxal, puisque leur choix les confronte à un ensemble

¹⁴ Données issues des groupes de parole d'internautes organisés par Alain Léobon.

¹⁵ *Idem*.

de risques connus qu'ils pourraient éviter. Mais ce discours sur la santé s'articule surtout sur une sexualité « libre » et épanouie, comme facteur de « force » physique et morale et de résistance à la maladie. À titre d'hypothèse, le choix du bareback viendrait là recomposer un univers très médicalisé. Ou, pour le dire autrement, une sexualité débarrassée des contraintes relevant de sa médicalisation aurait un effet symbolique positif sur la santé du corps et de l'esprit.

Bareback et construction sociale du risque

Le bareback, parce qu'il a acquis une certaine visibilité dans les discours mais aussi dans les pratiques et les modes de vie (on peut penser là au rôle d'Internet), illustre d'un point de vue plus général l'évolution de la construction du risque lié au VIH chez les hommes gay.

La remise en cause, par une minorité, de la norme de santé publique et, corrélativement, de la « culture de prévention » souligne la relativisation constatée dans l'ensemble du groupe des homosexuels, pour qui la notion de risque n'est plus incompatible avec la sexualité.

La primauté accordée au désir et au plaisir, qui structure le choix des barebackers, reflète une tendance plus générale de remise en cause des contraintes liées au sida chez les hommes gay (quel que soit leur statut sérologique), qui intègrent la possibilité d'épisodes plus ou moins fréquents de pratiques sexuelles non protégées dans une stratégie globale de prévention.

Le bareback illustre, enfin, une dialectique marquée entre l'individuel et le collectif : d'un côté, la notion de « liberté personnelle » l'emporte sur celle de « responsabilité collective » ; de l'autre, la force d'un groupe peu structuré, constitué en réseaux, confère une autre dimension au bareback en termes de « culture de sexualité » et d'éventuel référent identitaire. Ce sont bien là des enjeux parmi d'autres pour l'ensemble des hommes gay, par ailleurs aux prises avec la transition normative de l'homosexualité et avec la difficulté à négocier une forme de banalisation de leurs modes de vie et le maintien d'une spécificité en matière de sexualité. Les référents identitaires de la séropositivité ont déjà bien changé : l'héroïsme militant se trouve délaissé au profit d'un pragmatisme individuel, mis en avant par les barebackers de la première heure.

Les représentations du bareback par les hommes gay qui ne s'en réclament pas illustrent aussi certaines de ces évolutions. Pour la plupart d'entre eux, les recommandations de prévention, même s'ils les observent, sont vécues comme une contrainte limitant leur liberté sexuelle. La possibilité que d'autres adoptent des conduites de non-protection est admise et comprise, notamment par ceux qui déclarent prendre des risques plus ou moins régulièrement. Cependant, la balance entre individuel et collectif demeure et des arguments d'inconscience et d'irresponsabilité sont opposés aux barebackers. Le thème de la responsabilité, personnelle ou partagée, fait débat et des attitudes différentielles se dégagent à l'encontre des hommes séropositifs, qui auraient un devoir de responsabilité plus lourd que les autres.

Conclusion

Le bareback est un « écran » qui tend à masquer l'ensemble de conduites de non-protection, mais il contribue à objectiver l'évolution de la construction sociale du risque lié au VIH dans l'ensemble du groupe des hommes gay.

Le phénomène de bareback dépasse le strict champ de la sexualité ; il peut avoir des implications en termes de constructions identitaires, individuelle et collective, qui répondent à l'évolution de l'expérience quotidienne de la séropositivité et, plus largement, de l'homosexualité. Il remet en question la norme de « prévention solidaire » et le paradigme de « responsabilité partagée », au risque d'ouvrir la voie à des formes de pénalisation de la transmission du VIH. Il représente également un défi de santé publique, dans le sens où il amène à reconsidérer la « norme de prévention », telle qu'elle a été établie depuis une vingtaine d'années.

Le bareback suscite enfin un certain nombre de réflexions, qui peuvent être étendues à tous les hommes gay, sur la dynamique générationnelle de l'homosexualité et du sida. Quelles continuités peut-on imaginer entre l'idéal du couple et de « l'homofamille » et les espaces subculturels liés au bareback (ou à toutes autres formes minoritaires de sexualité) ? Cette continuité, si elle existe, passe sans aucun doute par la « culture de sexualité » et son adaptation permanente au contexte social. Mais elle ne va pas de soi, si l'on se réfère à la violence particulière engendrée à l'intérieur du groupe des hommes gay par les discours et les débats qui ont accompagné le processus de visibilité croissante des comportements de non-prévention associés au phénomène de bareback.

Dispositif de recherche

Le programme de recherche « Bareback et pratiques sexuelles à risques chez les hommes gay » s'est déroulé de début 2002 à fin 2003 et comportait plusieurs axes :

– une observation ethnographique de onze lieux commerciaux identitaires à Toulouse : deux *sex clubs*, un *sex shop*, quatre saunas, deux bars et deux boîtes de nuit, ainsi qu'une étude documentaire (documents de prévention recueillis sur le terrain et trois titres de la presse identitaire) ;

– une enquête par questionnaire menée auprès des consultants gay du centre de dépistage de l'hôpital La Grave à Toulouse (Centre de dépistage des maladies sexuellement transmissibles) et portant sur les connaissances en matière de risque de transmission du VIH et de la syphilis et sur les comportements de prévention (n = 107) ;

– une série de 35 entretiens semi-directifs réalisés à Toulouse et à Paris, portant sur la socialisation et la trajectoire sociale, le mode de vie, la sexualité, les pratiques sexuelles, les connaissances relatives à la transmission du VIH et des infections sexuellement transmissibles, les attitudes de prévention et/ou de non-prévention, les représentations liées au risque sexuel et au bareback, selon une grille d'entretien structurée.

Le recrutement a été effectué principalement à partir de l'échantillon de questionnaires (une vingtaine d'entretiens), complété par quelques interviews « d'experts » professionnels ou associatifs impliqués dans la lutte contre le sida et par un recrutement complémentaire (contacts et boule de neige) visant plus spécifiquement des hommes gay séropositifs et des barebackers.

Remerciements

Aux personnes impliquées dans le travail de recherche et de traitement des données (Karine Bertin, Alain Navaud, Johann Perry), à l'Équipe Simone-SAGESSE, université de Toulouse 2-Le Mirail (Monique Membrado et Nicky Le Feuvre), au Conseil général de Haute-Garonne et au Centre de dépistage des maladies sexuellement transmissibles de l'hôpital La Grave (Dr Alba Roueire, Pr Roland Viraben), et à l'Observatoire régional de la santé Midi-Pyrénées (Dr Françoise Cayla, Thibaud Bouillie et Georges Fahet).

Références bibliographiques

1. Arbona L, Nicklaus O. Les homos sont-ils devenus normaux ? *De l'air* 2003 ; 16, mai-juin : 8-16.
2. Beylot J-M, ed. *État des lieux des actions de prévention du VIH dans le Rhône*. Lyon : Le Dragon Lune, 2003, p. 3.
3. Bochow M, Jauffret-Roustide M, Michel A, et coll. 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 C, Lert F, Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS, 2003, pp. 35-54.
4. Broqua C, de Busscher P-O. La crise de la normalisation. Expérience et conditions sociales de l'homosexualité en France. In : Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS, 2003, pp. 19-33.
5. Busscher (de) P-O. Saisir l'insaisissable : les stratégies de prévention du sida auprès des homosexuels et bisexuels masculins en France (1984-2002). In : Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS, 2003, pp. 257-71.
6. Calvez M. Risques du sida et précarité sociale. In : Joubert M, Chauvin P, Facy F, et coll., eds. *Précarisation, risque et santé*. Paris : Inserm, 2001, pp. 451-66.
7. Dannecker M. Contre le déni du désir sexuel. *Infothèque sida* 2001 ; 1 : 4-10.
8. Defert D. L'homosexualisation du sida, l'enjeu des gais. *Gai Pied Hebdo* 1990 ; 446 (29 novembre) : 61-3.
9. Dustan G. *Dans ma chambre*. Paris : POL, 1996.
10. Dustan G. *Je sors ce soir*. Paris : POL, 1997.
11. Dustan G. *Plus fort que moi*. Paris : POL, 1998.
12. Elford J, Bolding G, Sherr L, et al. High-risk behavior among London gay men : no longer increasing. *AIDS* 2005 ; 19 (18) : 2171-3.
13. Gendin S. They shoot barebackers, don't they ? *Poz* 1999, février.
14. Institut national de veille sanitaire. *Premiers résultats de l'enquête Presse Gay 2004*. Paris : InVS et Anrs 2005, communiqué, 31 p.
15. Institut national de veille sanitaire. Surveillance de l'infection à VIH-sida en France, 2003-2004. *BEH* 2005 ; 46-47 : 230-232.
16. Jauffret-Roustide M. Les pratiques de consommation de substances psychoactives chez les homosexuels et bisexuels masculins. In : Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS 2003, pp. 181-97.
17. Le Talec J-Y, Cauchy J-C. San Francisco, les sex-clubs clandestins. *Gai Pied Hebdo* 1991 ; 488 (3 octobre) : 56-62.
18. Le Talec J-Y. Le risque du sexe entre rumeur et réalité. La prévention de la transmission du VIH chez les homosexuels masculins, « état des lieux » du dispositif à Paris établi entre janvier et juillet 2000. Rapport à la DASS de Paris, association SOS Habitat et soins, 2000.

19. Le Talec J-Y. Le *bareback* : affirmation identitaire et transgression. In : Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS 2003 : pp. 221-44.
20. Le Talec J-Y. La double formalisation de l'homosexualité et du sida : expressions identitaires, désirs et risques. In : Perreau B, Gaspard F, eds. *Le choix de l'homosexualité. Recherches inédites sur la question gay et lesbienne*. Paris : Éditions EPEL, 2007 à paraître.
21. Léobon A, Frigault LR. Bareback sex : from a sexual culture to the reality of risk-taking. XVII World Congress of Sexology, 10-15 Juillet, Montréal, QC, Canada, 2005 (publié dans *The Journal of sex research*, février 2006).
22. Mansergh G, Marks G, Colfax GN, et al. « Barebacking » in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS* 2002 ; 16 : 653-9.
23. Mendès-Leité R. 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, 1996, pp. 65-76.
24. Mendès-Leité R et Proth B. Statut sérologique, militantisme et prises de risques : enjeux et paradoxes de l'engagement et du vécu. In : Mendès-Leité R, Proth B, de Busscher P-O, eds. *Chroniques socio-anthropologiques au temps du sida*. Paris : L'Harmattan, 2000, pp. 109-136.
25. Molla A. Approche juridique des comportements sexuels aboutissant à la transmission du virus à autrui. *Triangulaire* 2002 ; n° 3 1/2 « Homosexualités, sida, éducation et mémoire » : 72-7.
26. Odets W. *In the shadow of the epidemic. Being HIV-negative in the age of AIDS*. Durham : Duke University Press, 1995.
27. Paicheler G. Modèles pour l'analyse de la gestion des risques liés au VIH : liens entre connaissances et actions. *Sciences sociales et santé* 1997 ; 4 (15) : 39-71.
28. Plauzolle P, Lert F. Apport des enquêtes quantitatives dans la connaissance des comportements sexuels et préventifs chez les homosexuels et bisexuels masculins. In : Broqua C, Lert F, Souteyrand Y, eds. *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*. Paris : Anrs et CRIPS 2003, pp. 55-69.
29. Pollak M. *Les homosexuels et le sida – Sociologie d'une épidémie*. Paris : Métaillé, 1988.
30. Rémès E. *Je bande donc je suis*. Paris, Balland, 1999.
31. Rémès E. *Serial fucker, journal d'un barebacker*. Paris : Éditions Blanche, 2003.
32. Rofes E. *Reviving the tribe. Regenerating gay men's sexuality and culture in the ongoing epidemic*. New York & Londres : Harrington Park Press, 1996.
33. Rofes E. *Dry bones breathe. Gay men creating post-AIDS identities and cultures*. New York & Londres : Harrington Park Press, 1998.
34. Rofes E. Desires as defiance : gay male sexual subjectivities and resistance to sexual health promotion. *Health Education Journal* 2002 ; 61 (2).
35. Scarce M. A ride on the wild side. *Poz* 1999, février.
36. Setbon M. La normalisation paradoxale du sida. *Revue française de sociologie* 2000 ; 41 (1) : 61-78.
37. Shernoff M. *Without condoms. Unprotected sex, gay men & barebacking*. New York et Londres : Routledge, 2006.
38. Tighe J. Sexual relapse. *HIV Concelor Perspectives* 1991 ; 1 (1).

39. Velter A, Bouyssou-Michel A, Arnaud A, et coll. Rencontre des partenaires masculins par Internet et comportements sexuels à risque, Enquête Anrs-Pressé gay 2004. *BEH* 2005 ; 46-47 : 236-7.
40. Warner M. *The trouble with normal. Sex, politics and the ethics of queer life*. Cambridge : Harvard University Press, 1999.