

## **Les homosexuels français face au sida. Modifications des pratiques sexuelles et émergence de nouvelles valeurs**

Michael Pollak et Marie-Ange Schiltz

Volume 15, numéro 2-3, 1991

L'univers du sida

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/015174ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/015174ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Département d'anthropologie de l'Université Laval

ISSN

0702-8997 (imprimé)

1703-7921 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Pollak, M. & Schiltz, M.-A. (1991). Les homosexuels français face au sida. Modifications des pratiques sexuelles et émergence de nouvelles valeurs. *Anthropologie et Sociétés*, 15(2-3), 53–65. <https://doi.org/10.7202/015174ar>

Résumé de l'article

Les homosexuels français face au sida

Modifications des pratiques sexuelles et émergence de nouvelles valeurs

En plus d'une analyse des modifications des pratiques dans la population homosexuelle française, cet article décrit les changements plus larges en réponse à l'épidémie. Tout d'abord, on observe la généralisation d'une véritable autosurveillance médicale bien au-delà du recours massif au test de dépistage et qui entraîne une explicitation du rapport entre médecin et homosexuel. Ce phénomène s'inscrit dans un renforcement de l'affirmation de soi en temps de menace, qui se traduit par la recherche non plus de la « différence », mais de l'égalité des droits civils.

# LES HOMOSEXUELS FRANÇAIS FACE AU SIDA

## Modifications des pratiques sexuelles et émergence de nouvelles valeurs\*



Michael Pollak et Marie-Ange Schiltz

---

Toutes les recherches menées en Amérique du Nord, en Australie et en Europe occidentale s'accordent sur l'importance des changements des pratiques sexuelles dans la population homosexuelle et bisexuelle masculine, la plus touchée par l'épidémie de sida (Pollak *et al.* 1989; Connell *et al.* 1989; Coxon *et al.* 1990). De « groupe à risque », les homosexuels se sont transformés en groupe exemplaire d'adaptation au risque d'infection par le VIH. Mais rares sont les recherches qui, au-delà des pratiques sexuelles, se sont intéressées aux effets de cette épidémie sur la vie collective des homosexuels. De plus, la plupart des enquêtes américaines guidées par des soucis épidémiologiques (surveillance, prévision) sont locales ou régionales. Elles nous éclairent essentiellement sur l'adaptation au risque dans des zones urbaines à forte séroprévalence. En Europe, nous disposons de plusieurs recherches nationales, parfois répétées à intervalles réguliers (Pollak 1990).

En France, notre groupe mène, depuis 1985, un ensemble de recherches quantitatives et qualitatives sur les homosexuels face au sida. Au centre de ce dispositif de recherche, une enquête annuelle auprès des lecteurs d'une revue homosexuelle, *Gai Pied Hebdo*. La grande taille de nos échantillons (1985 : 1 000 ; 1986, 1987 : 1 200 ; 1988, 1989 : 1 500 ; 1990 : 2 000) et leur stabilité sociodémographique permet d'utiliser ces enquêtes comme des indicateurs de tendances (bonne représentativité des classes d'âge de 20 à 45 ans, des régions et des lieux de résidence ; avec 30% de l'échantillon, les classes moyennes supérieures fortement diplômées sont surreprésentées). Nous avons complété et contrôlé ces enquêtes par d'autres, menées en 1987 et 1988, auprès de 300 homosexuels choisis selon des quotas d'âge, de profession, de lieu de résidence correspondant aux caractéristiques de la population masculine française. Nous avons conduit par ailleurs une centaine d'entretiens approfondis avec des malades, des sujets séropositifs présentant ou non des signes cliniques, ainsi que leurs amants, amis, parents et médecins. À cela s'ajoute une recherche-évaluation portant sur les deux plus importantes associations de lutte contre le sida (Pollak et Rosman 1989). Cet ensemble de

---

\* Cet article retrace les grandes lignes de six années d'enquêtes quantitatives et qualitatives. Ces recherches ont bénéficié de financements de la MIRE (Mission Recherche Expérimentation), de la Direction Générale de la Santé et de l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le SIDA). Les données proviennent d'enquêtes nationales et non seulement de la région parisienne.

recherches nous fournit une vision d'ensemble des changements sexuels, du recours au test de dépistage, mais aussi des réactions multiples, parmi lesquelles l'autosurveillance médicale et la montée de nouvelles valeurs et revendications.

Avant de présenter ces résultats, constatons la persistance d'un certain nombre de décalages dans le temps et ceux entre la perception de l'épidémie qui distinguent l'ensemble de la population du groupe homosexuel ; ces décalages découlent de la diffusion concentrée du sida dans des populations spécifiques.

En France, où les premiers cas furent diagnostiqués presque en même temps qu'aux États-Unis, plusieurs éléments ont empêché une mobilisation au nom de la prévention aussi rapide qu'en Angleterre, aux Pays-Bas ou dans les pays scandinaves, où la proximité linguistique et culturelle et la rapide levée d'organisations gaies a permis de mettre à profit les leçons américaines. Les groupes spécifiques réunis sur la base d'une identité commune (et a fortiori la préférence sexuelle) y sont généralement perçus comme illégitimes. La faiblesse des organisations intermédiaires capables d'intercéder auprès de l'État au nom du citoyen reflète cette tradition. De plus, la sexualité y est culturellement définie exclusivement comme un choix personnel. Cela explique en partie l'impossibilité pour le gouvernement de concevoir des stratégies ciblées et de se défaire d'une approche exclusivement biomédicale (Pollak 1990). En l'absence d'une véritable politique préventive, les associations et la presse ont joué un rôle primordial dans la prise de conscience du risque (Herzlich et Pierret 1988). Celle-ci s'est opérée dans le groupe homosexuel bien avant que la majorité hétérosexuelle commence à son tour à prendre des précautions. Aujourd'hui, le niveau de précautions dans la population générale correspond à celui constaté parmi les homosexuels en 1986. Ceci n'étonne guère au vu des 15% de Français, mais des 80% d'homosexuels connaissant personnellement un séropositif ou un malade (Moatti *et al.* 1990).

De même, les attitudes en faveur de mesures coercitives pour lutter contre l'épidémie trouvent bien moins de partisans parmi les homosexuels qui, ces dernières années, se sont transformés en champions d'une démarche de « changements librement consentis dans les mœurs ». Là encore, le niveau de tolérance actuel dans la population générale correspond à celui que nous avons constaté, dès 1986, parmi les homosexuels. Lors de notre première enquête, en 1985, presque la moitié de nos répondants homosexuels étaient favorables à un dépistage systématique de la population et plus de 15% à des mesures d'isolement des séropositifs et des malades. Depuis, les attitudes sont devenues plus tolérantes : 11% seulement des homosexuels continuent à demander un dépistage systématique de la population et moins de 2%, des mesures d'isolement. Dans la population générale, ces chiffres sont respectivement de 37% et de 11% (*ibid.*).

Ces décalages prouvent, s'il en était besoin, que les changements induits par l'épidémie ne sont ni généraux ni linéaires. Ils reflètent sa progression différentielle. Procédons donc à l'analyse des adaptations sexuelles avant de nous consacrer à l'étude de leur caractère différentiel et des étapes qui les ont jalonnées.

## Le *safe sex* ou l'adaptation au risque

Les six années d'observation, de 1985 à 1990, nous fournissent le cycle complet des changements de comportement. Dès 1987, nous avons constaté un ralentissement de ces changements et, entre 1989 et 1990, nous n'enregistrons plus aucune modification statistiquement significative.

Nous pouvons distinguer, très grossièrement, entre deux types de stratégies de protection : des stratégies d'évitement visant à réduire les situations d'exposition au risque (réduction du nombre de partenaires, évitement de saunas et de *back-rooms*) ; des stratégies de protection visant les précautions pendant l'acte sexuel (abandon de la pénétration, préservatifs). Dans un premier temps, et sous l'effet de la peur (tableau 1), les stratégies d'évitement prédominaient, avant que les précautions pendant l'acte sexuel, notamment le préservatif, se soient imposées. Impliquant non seulement une décision individuelle, mais une interaction avec autrui, les précautions pendant l'acte sont plus difficiles à mettre en œuvre, d'où leur diffusion plus lente (Pollak 1988). Entre 1985 et 1990, les utilisateurs de préservatifs sont passés de 6% à 76% et, avec le temps, la meilleure maîtrise de cet instrument de protection se traduit par un usage de plus en plus régulier (tableau 2).

Tableau 1

Le sida vous inquiète ?

	1982*	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Pas du tout.....	37%	11%	11%	6%	5%	5%	4%
Un peu.....	44%	49%	43%	41%	34%	33%	33%
Beaucoup.....	13%	32%	33%	42%	46%	45%	45%
Terriblement.....	6%	8%	13%	11%	15%	17%	18%

\* Enquête GPH réalisée sans la collaboration de Michael Pollak

Tableau 2

Depuis que le sida existe, avez-vous pris des précautions sexuelles ?

	1985	1986	1987	1988	1989	1990
Non.....	59%	42%	24%	16%	13%	15%
Oui.....	41%	58%	76%	84%	87%	85%
Utilisez-vous des préservatifs ?						
Oui, régulièrement.....		12%	28%	39%	47%	49%
Oui, de temps en temps.....	6%	12%	18%	17%	17%	15%
Oui, très rarement.....		11%	13%	12%	14%	12%
Non.....	94%	65%	41%	32%	22%	24%

Le calcul des risques entré dans nos têtes provoque inquiétudes et inhibitions sexuelles que le seul préservatif ne suffit pas à dissiper. La marche triomphale du préservatif occulte d'importants déplacements dans les pratiques homosexuelles.

Plus de 10% de nos répondants avaient, dès avant 1987, abandonné toute pénétration. Malgré la très légère reprise de cette pratique, qu'on peut attribuer à une meilleure maîtrise du préservatif, la pénétration, qui n'a jamais été l'aboutissement quasi obligé de l'acte homosexuel, l'est de moins en moins. Près d'un tiers des gais ne la pratiquent jamais, un autre tiers rarement. La masturbation réciproque est la pratique la plus courante et fait partie de presque toutes les relations sexuelles entre gais (Coxon *et al.* 1990). Retour à une sexualité de collégiens ou, au contraire, inauguration de techniques sexuelles variées ? Découverte et stimulation de toutes les zones érogènes, tendresse, usage érotique de la parole et d'adjuvants pornographiques, tous ces éléments forment, aux yeux des optimistes, les ingrédients du libertinage post-sida.

Pour le moment, le *safe sex*, compris comme un nouvel art d'aimer qui ne se limite pas au préservatif, n'a pas encore fait son chemin et, en tout cas, pose problème. Certes, une nouvelle génération grandit qui, n'ayant pas connu de vie sexuelle « avant », ne fait pas de comparaison entre les années pré- et post-sida. Quelque 15% de nos répondants plus âgés sont satisfaits de leur vie affective et sexuelle actuelle, 24% (essentiellement des couples) la trouvent même plus satisfaisante qu'avant. Il n'en reste pas moins 22% à « regretter la spontanéité du passé » et 23% font état de manques et de frustrations qui, dans certains cas, vont jusqu'à la difficulté de bander, l'éjaculation précoce ou des sentiments d'impuissance.

Autre effet de l'épidémie sur la sexualité : beaucoup de jeunes de moins de 20 ans retardent leurs premières aventures (homo)sexuelles, d'où une augmentation de 5% à 8% dans nos enquêtes de ceux qui n'ont pas eu de partenaire sexuel durant les six mois précédant l'enquête. En revanche, le repli sur la relation de couple, essentiellement motivé par le risque, est plus courant dans les générations plus âgées : ceux qui avaient déjà une relation privilégiée renoncent de plus en plus aux aventures « extraconjugales ». À cela s'ajoute parfois la séropositivité d'un ou des deux partenaires qui engendre souvent le recentrage de toute la vie sociale autour du couple et des amis les plus compréhensifs. Tous ces changements s'expriment dans les statistiques par l'augmentation, de 10% à 26% entre 1985 et 1990, des homosexuels français vivant dans une relation de couple fidèle, ce qui par ailleurs intervient le plus dans la diminution du nombre « moyen » de partenaires sexuels.

La vie en couple distingue traditionnellement le plus le style de vie homosexuel de celui de la majorité hétérosexuelle : en l'absence de reconnaissance du lien homosexuel et de tout ciment juridique et social qui favoriserait la longévité des relations de couple, la vie des homosexuels est souvent synonyme de changement fréquent de partenaires sexuels et affectifs. En France, la plupart des couples « fermés » se rencontrent dans les grandes villes de plus de 100 000 habitants, celles qui permettent de trouver un partenaire et de vivre ouvertement avec lui, sans toutefois subir les tentations de drague. Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, par exemple dans les agglomérations de plus d'un million d'habitants et en région parisienne, les couples « fermés » sont plus rares. La recherche d'une relation de couple a également tendance à augmenter dans le groupe d'âge des moins de 25 ans, la génération (Mannheim 1990) qui a le moins souffert d'un climat

social défavorable à son choix sexuel. Aux couples « fermés » et « ouverts » qui forment la moitié de la population homosexuelle s'ajoutent les « célibataires » au faible nombre de partenaires sexuels, moins de cinq les six mois avant enquête, et 25% qui en ont eu beaucoup plus, qui représentent ensemble la moitié des homosexuels restant.

Ces styles de vie sociosexuels, en couple ou en solitaire, varient peu selon les classes sociales. En revanche, la stratification par classe apparaît dans les choix des lieux de rencontre, les homosexuels des classes populaires préfèrent les lieux publics (jardins publics, gares) aux bars et autres lieux plus commerciaux. Ce qui explique, sans aucun doute, que l'épidémie, ayant pris son premier essor en haut de la pyramide sociale, se soit lentement diffusée vers le bas.

Le ralentissement de l'épidémie parmi les homosexuels et bisexuels masculins constaté dans les statistiques de surveillance épidémiologique est dû au niveau très élevé de réduction du risque : abandon ou réduction importante de la fréquence de la pénétration, recentrage de la sexualité autour de la masturbation solitaire ou réciproque, usage de plus en plus régulier de préservatifs. L'addition de toutes ces démarches diminue considérablement la probabilité de l'infection et, donc, contribue à réduire son incidence. Moins de 10% de nos répondants continuent à exposer eux-mêmes et leurs partenaires au risque. Il s'agit là d'un constat global concernant la population homosexuelle masculine française dans son ensemble. Ce constat n'exclut bien évidemment pas des incohérences individuelles et des situations exceptionnelles d'oubli ou d'abandon momentané du *safe sex*, et donc de contaminations nouvelles, mais à un niveau nettement inférieur à celui d'il y a peu d'années. Tous ces changements se sont faits de façon différentielle.

## Un processus différentiel

Si les pratiques sexuelles, protégées ou non, déterminent le degré d'exposition au risque de contamination, l'adaptation à ce risque dépend de conditions plus larges, parmi lesquelles le degré d'acceptation par les autres et d'intégration dans une vie communautaire. Aujourd'hui encore, une minorité seulement d'homosexuels se sent acceptée dans son entourage familial et social. Chez un tiers, les parents les plus proches ignorent tout de leur orientation sexuelle, et un sur quatre vit dans une situation ambiguë et préfère s'enfermer dans un « non-dit ». Le degré d'acceptation par autrui, faible dans les campagnes et petites villes ainsi que dans les milieux défavorisés, augmente dans les classes moyennes où il est plus facile de vivre ouvertement son homosexualité et sans inquiétude du qu'en-dira-t-on. À côté de l'acceptation par les non-homosexuels, les chances de rompre l'isolement et de s'intégrer dans une vie homosexuelle collective dépendent, elles aussi, du lieu de résidence, de la classe sociale et de l'âge. Les valeurs sexuelles sont actuellement trop fluctuantes pour définir par consensus l'espace de transgression. Dans ce flou de références et de modèles, l'homosexualité, sans être toutefois admise, n'est plus considérée automatiquement comme une violation de normes appelant la sanction. En fonction de l'acceptation sociale et de l'intégration dans une communauté gaie, on parlera d'une disposition homosexuelle assumée ou acceptée, affirmée voire revendiquée (Pollak 1988).

Dès notre première enquête, nous avons vu s'esquisser différents sous-groupes, qui sont autant de pôles de réaction au risque, et que nous avons pu suivre :

— Les homosexuels isolés à la campagne, assumant le plus difficilement leurs désirs, se sont, dans un premier temps, désidentifiés d'avec l'homosexualité (Goffman 1975) et désolidarisés d'avec le groupe. Ce repli sur soi leur a rendu encore plus difficile l'adoption de précautions, notamment les préservatifs. La fragilité de leur assurance de soi les pousse à exiger une protection par l'État. D'où la concentration des demandes de mesures coercitives dans ce groupe (Kaufmann 1973), demandes qui sont atténuées au fur et à mesure que la maîtrise individuelle du risque s'est améliorée, à partir de 1987 ;

— Les ouvriers dans les centres urbains ont gardé longtemps une attitude insouciante. Relativement peu touchés par l'épidémie au début, ils se sont adaptés au risque avec beaucoup de retard. Ce déficit de *safe sex* s'est répercuté dans la progression de la maladie. Le taux de séroprévalence parmi les homosexuels ouvriers, nettement inférieur à la moyenne en 1986, est aujourd'hui au même niveau que dans les autres catégories ;

— Les classes moyennes urbaines, petits métiers de service, souvent d'origine provinciale venus dans les grandes villes pour pouvoir vivre l'homosexualité, se sont cantonnés dans un attentisme méfiant et sceptique précédant leur adaptation rapide au risque à partir de 1987 ;

— Les gais des fractions intellectuelles, les mieux informés dans le domaine de la santé mais aussi les premiers touchés par le sida, ont vite pris conscience de cette menace et modifié leurs pratiques ;

— Les jeunes forment un groupe à part. Se sentant initialement peu exposés, ils ont suivi, à partir de 1987 seulement, le modèle de leurs aînés, les étudiants suivant dans leurs réactions les professions intellectuelles et les non-étudiants suivant les ouvriers. Ces deux dernières années, les plus jeunes de moins de 20 ans et les étudiants ont comblé leur déficit de protection et utilisent autant les préservatifs que leurs aînés. On assiste à l'émergence d'une nouvelle « génération *safe sex* » qui, contrairement à ce qui s'est passé il y a seulement cinq ans, a toutes les chances, au début de sa vie sexuelle, de rencontrer des partenaires qui, eux-mêmes, pratiquent le *safe sex* ou, au moins, ne s'y opposent pas.

## Les phases dans le changement

Dans l'adaptation au risque, nous pouvons distinguer trois phases. Dans un premier temps, l'inquiétude monte. Dans ce climat d'indécision émergent les « pionniers » et les précurseurs de la mobilisation anti-sida et *safe sex*. Touchés dans leur cercle d'amis, ils sont prédisposés à s'engager pour une cause que les responsables de la santé publique, à l'époque, ne prennent pas encore au sérieux. Ils sont les premiers, dès la fin de 1984, à organiser la lutte dans les associations AIDES et Vaincre le sida (Pollak et Rosman 1989).

Après l'accès facile au test de dépistage, nous entrons entre 1985-1986 dans la deuxième phase. Le test rend visible l'ampleur de l'épidémie, notamment parmi les homosexuels. Une mobilisation communautaire s'ensuit, laquelle favorise une

nouvelle éthique sexuelle dont la diffusion s'accélère et s'étend à toutes les classes moyennes avant d'être adoptée par les employés et les ouvriers. Les consignes de *safe sex* sont d'autant mieux suivies qu'existe un sentiment d'appartenance à une communauté gaie, d'où le retard des plus jeunes, des ouvriers et des gais provinciaux. Cette deuxième phase s'étend jusqu'en 1988. Quand, en 1987, la vente libre des préservatifs est enfin accordée en France et que les pouvoirs publics organisent les premières campagnes d'information, le mouvement du *safe sex* est déjà bien amorcé par les homosexuels eux-mêmes.

Nous sommes en train de vivre la troisième phase de la stabilisation des acquis de *safe sex* à un niveau élevé, à l'exception des ouvriers et de ceux dont la scolarité est inférieure au bac. Chez eux, le niveau de précautions se stabilise également, mais à un degré nettement inférieur. Si l'on additionne dans chaque catégorie ceux qui ne pratiquent pas la pénétration à ceux qui l'ont abandonnée ou qui se protègent régulièrement par des préservatifs, on arrive dans les catégories les plus opposées à 2% de cadres et professions intellectuelles, mais à 25% d'ouvriers qui ont, en 1990 encore, des pratiques à haut risque. Les limites que rencontre une généralisation des précautions pendant cette troisième phase correspondent aux handicaps cumulés dont souffrent les milieux défavorisés et qui fondent les inégalités de toute sorte, y compris de la santé.

Dans les deux premières phases, les prédispositions individuelles et l'environnement immédiat communautaire prédominent et façonnent le rythme des changements. Dans la troisième, on observe tout le poids des facteurs sociologiques les plus classiques : classe sociale et niveau d'éducation.

Nous sommes arrivés à un « plateau » dans la courbe ascendante des modifications des pratiques homosexuelles en France. Mais nous ne pouvons pas encore prévoir l'évolution future : assistons-nous à la stabilisation à long terme des précautions à un niveau élevé ou, au contraire, à un retour à des pratiques à risque, au moins occasionnellement ?

## L'autosurveillance médicale

Tous les changements décrits plus hauts s'inscrivent dans un souci de santé qu'illustre le recours massif au test de dépistage déjà pratiqué par 72% des répondants à nos enquêtes. Ce pourcentage très élevé et surtout le phénomène de test à répétition (45%) renvoient à la tendance plus générale de l'(auto)surveillance médicale accrue (tableau 3).

En l'absence de signes cliniques, beaucoup de médecins et les associations de lutte contre le sida étaient réticents au test de dépistage par crainte des répercussions psychologiques que crée, dans la pratique médicale, le décalage entre de fortes capacités diagnostiques et l'absence de thérapies éprouvées. Avec la meilleure maîtrise de certaines maladies opportunistes et la mise sur le marché des premiers médicaments contre le VIH (notamment l'AZT), cette attitude a changé (Pollak 1988). De plus, le sentiment individuel d'incertitude naissant de l'information (ou de la rumeur) concernant la forte séroprévalence de la population homo-

Tableau 3

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

	1986	1987	1988	1989	1990
Non .....	65%	51%	41%	31%	28%
Oui, une seule fois .....		27%	24%	25%	27%
Oui, plusieurs fois .....	33%	24%	35%	44%	45%
Si oui, vous êtes :					
Séronégatif .....	69%	80%	76%	78%	80%
Séropositif .....	22%	17%	19%	18%	19%
Sans précision du résultat .....	9%	3%	5%	4%	1%

sexuelle des grandes villes pousse à recourir au test, qu'un tiers de nos répondants avaient fait dès 1986, un chiffre qui se situe, en 1990, à 72%.

La volonté de savoir et la capacité d'assumer la découverte de la séropositivité sont les plus fortes parmi les homosexuels les plus affirmés (Siegel, Levine *et al.* 1989). La peur de voir leur homosexualité portée au grand jour incite certains, certes minoritaires, à refuser tout contrôle médical, même en présence de symptômes inquiétants. Le cas de figure inverse, l'incompétence du médecin consulté, est fréquent à la campagne et dans les zones à très faible incidence. Malgré les efforts importants entrepris par les associations et le ministère, l'état des connaissances des professions médicales reflète souvent celui véhiculé par la grande presse. Selon une enquête auprès des patients suivis pour l'infection au VIH dans deux hôpitaux parisiens (Pollak *et al.* 1988), une fois sur cinq, le patient par négligence n'avait pas consulté de médecin, une fois sur cinq c'est le premier médecin consulté qui n'avait pas pris la chose au sérieux, une fois sur cinq encore de multiples examens et consultations n'avaient su établir le diagnostic. Un nombre important donc de patients vivent avec le pressentiment d'être infectés par le virus avant qu'il ne soit diagnostiqué. Une fois constatée la séropositivité, la quasi-totalité des patients homosexuels se fait suivre par un spécialiste, de préférence dans un centre hospitalier.

Les expériences souvent négatives avec le corps médical poussent à l'engagement. En effet, la grande majorité des volontaires dans les associations de lutte contre le sida sont homosexuels, souvent séropositifs (Pollak et Rosman 1989), même si, depuis 1987, le recrutement des associations se diversifie. C'est d'eux dont il est question quand Daniel Defert parle du « malade comme réformateur social » (Defert 1990). Aux fonctions courantes des associations intermédiaires — aide aux malades, soutien à la recherche et actions préventives — s'ajoute celle, plus spécifique, répondant aux éléments anxiogènes d'une maladie transmissible et de la séropositivité : l'action militante permettant de relativiser ses propres inquiétudes à travers l'effort pour apaiser celles des autres. Ainsi s'est tissé un réseau entre professionnels de la santé, personnes atteintes, militants homosexuels, qui excède largement le champ médical (Pinell 1987). S'il incite à un engagement philanthropique comparable à celui provoqué par d'autres pathologies telles la tuberculose, la syphilis et le cancer, le sida s'en distingue par l'importance de l'autosupport et de la solidarité communautaire.

La conscience du risque et l'autosurveillance s'étendent également à d'autres maladies transmissibles sexuellement (MTS). Trois pour cent des gais contre 29% en 1985 subissent, au moins une fois tous les six mois, des examens de sang pour dépister les MTS. Cette surveillance médicale régulière a profondément changé les relations entre médecins et homosexuels. Si, en 1982, seulement 40% des médecins étaient « au courant » des préférences sexuelles de leur patient, ils sont aujourd'hui 59%. Une sorte de bénéfice secondaire de la lutte de prévention du sida qui, elle, a permis de stabiliser à moins de 20% la proportion des séropositifs parmi les homosexuels français testés.

Avec le développement de l'épidémie, sa perception change également. La confrontation fréquente avec la mort d'un ami ou d'un proche fait monter le pessimisme : 77% considèrent, en 1989, le sida comme une « maladie toujours mortelle » contre 50% en 1985. Et la moitié seulement de nos répondants croient encore qu'on trouvera, dans les cinq ans à venir, un vaccin et une thérapie efficaces. Tous ces éléments convergent dans le jugement sévère porté sur les responsables de la santé publique. En 1985, ils étaient 54% à leur reprocher d'avoir sous-estimé la situation, en 1989, ils sont déjà 89% (tableau 4).

Tableau 4

## Le sida et ses conséquences

	1985*	1989***
Le sida est une maladie toujours mortelle. ....	50%	77%
Dans les cinq ans à venir le sida sera guérissable. ....	63%	55%
Dans les cinq ans à venir on aura trouvé un vaccin. ....	67%	55%
Le sida peut frapper n'importe qui à n'importe quel moment. ....	63%	77%
À cause du sida, la drague est devenue moins spontanée. ....	47%	81%
Le sida provoque des réflexes de peur dans l'entourage des homos. ...	80%	80%
Sous prétexte de sida, certains abus de police se développent. ....	57%	53%
Le sida est un prétexte pour condamner l'homosexualité. ....	70%	48%
Longtemps, les responsables de la Santé ont sous-estimé le danger du sida. ....	54%	89%
La menace du sida renforce la solidarité des homosexuels. ....	31%	46%
Sans qu'on le sache, des employeurs et assurances pratiquent le test. ....	**	65%
Les séropositifs peuvent faire confiance au secret médical : il est bien respecté. ....	**	57%
Pour éviter les discriminations, un séropositif a intérêt à garder son diagnostic secret. ....	**	82%

\* Les pourcentages regroupent les réponses « tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord ».

\*\* Questions non posées en 1985.

\*\*\* Questions posées tous les deux ans (1985-1987-1989).

Si, au début de l'épidémie, le discours de dédramatisation pouvait satisfaire ceux qui craignaient que le sida ternisse l'image sociale des homosexuels (Pollak 1988) et serve de prétexte pour les condamner, la dure réalité que beaucoup vivent actuellement les porte à qualifier cette attitude d'irresponsable. Les résultats de la bataille de prévention et la stabilisation de la population homosexuelle séropositive auraient dû justifier une certaine satisfaction et permettre d'envisager l'avenir avec

optimisme. Mais le pronostic de plus en plus pessimiste concernant l'évolution des séropositifs vers la maladie annule cet effet. Peindre en rose la prise en charge des malades ou tenir des discours trop optimistes sur les possibilités thérapeutiques expose facilement au soupçon de vouloir, une fois de plus, dédramatiser à bon compte.

S'ils sont de moins en moins nombreux à penser que le sida sert de prétexte à les condamner — 48% en 1989 contre 70% en 1985 —, les homosexuels ne font pas non plus confiance au climat social actuel autour de la maladie. L'épidémie n'a guère eu d'influence sur les relations familiales. Le pourcentage, déjà assez faible en 1985, de ceux qui considèrent leur homosexualité acceptée par leur mère, leur père ou un des frères et sœurs n'a pratiquement pas bougé. En revanche, nos répondants se sentent de moins en moins acceptés par leurs collègues de travail (35% en 1985 et 29% en 1989) et amis hétérosexuels (41% en 1985 contre 36% en 1989).

De plus en plus nombreux à craindre, dans le monde du travail, une montée d'intolérance à l'égard des séropositifs et des malades, les deux tiers des répondants sont convaincus que les employeurs et les assurances pratiquent le test sans qu'on le sache. De même, la confiance dans le secret médical est en chute libre. En 1988, les deux tiers faisaient encore confiance au secret médical en cas de séropositivité; ils ne sont plus que 57% en 1989. Par ailleurs, les gais sont majoritairement convaincus (52%) que l'intolérance monte au fur et à mesure que les coûts de la gestion de l'épidémie augmentent.

Cette évaluation de la situation aurait pu pousser les homosexuels à se cacher davantage que dans les années du mouvement gai qui, en France, a connu son plus grand essor à la fin des années 1970. Or, on observe le contraire. Même si le militantisme dans ses formes post-soixante-huitardes a disparu, de plus en plus d'homosexuels s'affirment dans des discussions, soutenus par un mouvement de solidarité qu'ils ressentent autour d'eux.

## Un désir de reconnaissance sociale

Les thèmes qui rassemblent les homosexuels après une décennie d'épidémie sont très différents de ceux des années 1970. Il ne s'agit plus seulement du droit de faire l'amour avec le partenaire de son choix, mais d'élargir l'accès aux mêmes droits civils que la majorité hétérosexuelle.

L'expérience du sida a révélé les injustices créées par le manque de reconnaissance du partenaire. À côté de la lutte contre le sida (93%) et de la lutte contre les discriminations dans la vie professionnelle (79%), les homosexuels attendent du gouvernement qu'il accorde beaucoup d'importance à la législation du concubinage (partenariat) (65%), à l'héritage entre amis (65%), au droit à l'adoption (35%), à la garde des enfants en cas de divorce (46%). Toutes ces revendications concernant l'égalité du statut homosexuel dans notre société sont en hausse (tableau 5). On assiste depuis quelques années à un véritable bouleversement des valeurs des homosexuels. Les mentalités dans la société dans son ensemble suivront-elles ces changements et les hommes politiques seront-ils prêts à légiférer en ce sens, comme c'est déjà le cas au Danemark et bientôt en Suède et aux Pays-Bas ? Seul l'avenir le

Tableau 5

Attendez-vous du gouvernement qu'il accorde de l'importance aux dossiers concernant la situation sociale des homosexuels ?

	1987*	1990*
La lutte contre le sida .....	93%	93%
La lutte contre les discriminations dans la vie professionnelle.....	65%	79%
L'héritage entre amis.....	32%	68%
L'acceptation du concubinage (partenariat) .....	40%	62%
L'adoption d'enfants .....	28%	35%
La garde d'enfants après le divorce .....	23%	46%
Les relations avec les mineurs.....	15%	15%

\* Question posée pour la première fois en 1987. Les chiffres de ce tableau se réfèrent à la réponse « beaucoup d'importance » et ne tiennent pas compte de tous ceux qui accordent « un peu d'importance » à ces revendications.

dira. Mais inscrire cette reconnaissance du fait homosexuel dans les mentalités et les lois ne sera pas chose facile.

L'émergence de ces nouvelles valeurs et revendications suggère l'interprétation suivante : l'expérience de l'épidémie a donné lieu à une sorte d'introspection collective avec pour résultat la redéfinition des liens sociaux et des solidarités internes au groupe, et entre celui-ci et la société dans son ensemble. Ce modèle général, on l'a vu, sous-estime la force d'inertie des conditions très variables qui induisent les réactions face à une menace : les expériences antérieures façonnent, bien évidemment, la vitesse et les modalités des changements selon les individus et des groupes entiers. Comme dans tout groupe, le sentiment d'identité collective est rehaussé par la différenciation et sous la menace (Bourdieu 1979). Profondément, ce sentiment d'identité collective vise à faire accepter par autrui ce trait « dis-creditable », selon la terminologie de Goffman (1975), qu'est l'homosexualité. Si la mobilisation communautaire a pu favoriser la gestion efficace de l'épidémie, l'acceptation de l'homosexualité dépendra de rapports sociaux plus larges.

En Europe, le Danemark autorise, depuis 1990, le mariage homosexuel ; la Suède et les Pays-Bas suivront bientôt cette voie. Dans un article, Dominique Charvet, directeur de l'Agence française de lutte contre le sida, a déclaré : « La conquête des droits pour les homosexuels serait une libération pour toute une société qui ne s'épanouit que dans l'acceptation de ses diversités » (Charvet 1990). La question est clairement posée, son issue est incertaine.

## Références

BOURDIEU P.

1979 *La distinction. Critique sociale du jugement*. Paris : Éditions de Minuit.

CHARVET D.

1990 « Les homosexuels et la prévention du sida », *Gai Pied Hebdo*, 446 : 10-12.

- CONNELL R.W., J. Crawford, S. Kippax *et al.*  
 1989 « Facing the Epidemic : Changes in the Sexual Lives of Gay and Bisexual Men in Australia and their Implication for AIDS Prevention Strategies », *Social Problems*, 36, 4 : 384-402.
- COXON A.P.M., P. Davies et Th. Mc Manus  
 1990 « *Project Sigma* ». *Longitudinal Study of the Sexual Behaviour of Homosexual Males under the Impact of AIDS. A Final Report to the Department of Health.* London.
- DEFERT D.  
 1990 « Un nouveau réformateur social : le malade », *Actes*, 71-72 : 5-8.
- GOFFMAN E.  
 1975 *Stigmaté*. Paris : Éditions de Minuit.
- HERZLICH C. et J. Pierret  
 1988 « Une maladie dans l'espace public. Le sida dans six quotidiens français », *Annales ESC*, 5 : 1109-1134.
- KAUFMANN F.X.  
 1973 *Sicherheit als soziologisches und sozialpsychologisches Problem*. Stuttgart : WDV.
- MANNHEIM K.  
 1990 *Le problème des générations*. Paris : Nathan.
- MOATTI J.P., W. Dab, M. Pollak *et al.*  
 1990 « Les attitudes et comportements des Français face au sida », *La Recherche*, 21, 223 : 888-895.
- PINELL P.  
 1987 « Fléau moderne et médecine d'avenir : la cancérologie française entre les deux guerres », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 68 : 45-76.
- POLLAK M.  
 1988 *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*. Paris : Anne-Marie Métailié.  
 1990 « AIDS Policy in France : Biomedical Leadership and Preventive Impotence » : 79-100, in B.A. Misztal et D. Moss (dir.), *Action on AIDS. National Policies in Comparative Perspective*. Westport : Greenwood Press.
- POLLAK M., F. Dubois-Arber et M. Bochow  
 1989 « La modification des pratiques sexuelles », *La Recherche*, 20, 213 : 1100-1111.
- POLLAK M. et S. Rosman  
 1989 *Les associations de lutte contre le SIDA. Éléments d'évaluation et de réflexion*. Rapport de recherche, Paris, MIRE-EHESS-CNRS.
- POLLAK M., W. Rozenbaum, A. Viallefont, S. Gharakhanian et F. Aime  
 1988 « Les conséquences psychosociales de l'infection VIH », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 36 : 202-208.
- SIEGEL K., M.P. Levine *et al.*  
 1989 « The Motives of Gay Men for Taking or Not Taking the HIV Antibody Test », *Social Problems*, 36, 4 : 368-383.

## **RÉSUMÉ/ABSTRACT**

*Les homosexuels français face au sida*

*Modifications des pratiques sexuelles et émergence de nouvelles valeurs*

En plus d'une analyse des modifications des pratiques dans la population homosexuelle française, cet article décrit les changements plus larges en réponse à l'épidémie. Tout d'abord, on observe la généralisation d'une véritable autosurveillance médicale bien au-delà du recours massif au test de dépistage et qui entraîne une explicitation du rapport entre médecin et homosexuel. Ce phénomène s'inscrit dans un renforcement de l'affirmation de soi en temps de menace, qui se traduit par la recherche non plus de la « différence », mais de l'égalité des droits civils.

*French Homosexuals Facing AIDS*

*Modification of Sexual Practices and Emergence of New Values*

After analysing the modification of sexual practices in the French homosexual population as well as the generalization of a medical self surveillance, this article describes larger value changes. In a time dangerous to the group, individual and collective affirmation of self as homosexuals has increased. At the same time people claim less the right for being different but equal civil rights, such as the legal recognition of gay partnerships.

*Michael Pollak et Marie-Ange Schiltz  
Groupe de sociologie politique et morale  
EHESS-CNRS  
54, boulevard Raspail  
75270 Paris Cedex 06  
France*