

# **HOMOSEXUELS MASCULINS, RELAPSE ET BAREBACK : QUELQUES ELEMENTS DE REFLEXION**

*Vladimir Martens, Observatoire du Sida et des Sexualités*

## **Le relapse**

Le terme relapse signifie une rechute ou un relâchement. En ce qui concerne la prévention du Sida, il désigne plus particulièrement l'abandon de comportements de protection après une phase de respect du safer sex. Il peut désigner un comportement individuel ou celui d'un groupe.

Assiste-t-on actuellement à une phase de relapse ? Pour y répondre, les acteurs de prévention et les observateurs de l'épidémie peuvent se baser sur trois sources de données au moins : les données épidémiologiques, les enquêtes de comportements et les témoignages des personnes issues de la communauté gay et les acteurs de terrain.

## **Les données épidémiologiques**

Si l'on reprend les données relatives aux contaminations par contacts homosexuels depuis 1985, on observe globalement une diminution du nombre de cas jusqu'en 1999 et une reprise modérée en 2000 et 2001. Les spécialistes restent prudents : on ne peut, à ce jour, en se basant sur les seules données épidémiologiques de l'infection au VIH, conclure à une reprise significative des contaminations. Il faut cependant signaler à côté des chiffres du VIH qu'on a enregistré une reprise des cas de syphilis qui, comme d'autres IST<sup>1</sup>, sont un indicateur d'un possible relâchement.

## **Les données comportementales**

Deux enquêtes ont été menées en Communauté française dans le milieu gay (Renard, 1993 et Delor et al., 1999). Sans entrer dans les détails de ces enquêtes, on constate une adoption massive de comportements de protection et une bonne connaissance des modes de transmission. Néanmoins, environ un cinquième des personnes interrogées déclarent qu'elles ont pris au moins un risque (pénétration anale non protégée avec un partenaire de statut sérologique différent ou inconnu) dans l'année qui précède l'enquête. On trouve la même proportion dans les enquêtes « presse gay » (Adam, 1999) en France, réalisés régulièrement. Il y a donc une proportion relativement stable de prises de risque tout au long de l'histoire de l'épidémie.

Nous ne disposons pas de données assez récentes en Belgique au sujet des comportements pour savoir si cette proportion de prises de risque aurait augmenté. Dans la dernière enquête « presse gay » française, on passe, entre 97 et 2001, à 17 et 21% de répondants qui déclarent une ou plusieurs prises de risque dans l'année.

---

<sup>1</sup> Infections sexuellement transmissibles

Les chercheurs français concluent à un relâchement de la prévention, avéré par les données de l'enquête. Si ces résultats sont effectivement préoccupants, il faut se souvenir que le phénomène du relapse n'est pas nouveau. Déjà en 88, des chercheurs américains et néerlandais notent des failles dans les modes de protection d'hommes qui jusque-là avaient l'habitude de se protéger. Ce débat refait surface au milieu des années nonante en France, puis à la fin des années nonante dans le contexte des nouveaux traitements. L'hypothèse est alors qu'un trop grand optimisme à l'égard des nouveaux traitements aurait pour conséquence un relâchement de la prévention (Adam, 1999). Cette hypothèse, mise à l'épreuve dans un nombre impressionnant d'enquêtes, n'a pas vraiment trouvé de confirmation convaincante (Laporte, 2002).

### **Les témoignages des acteurs de terrain et des personnes qui fréquentent le milieu**

Les organismes de prévention semblent unanimes pour dire que des indicateurs de relâchement sont observables dans les établissements gays (Le Talec, 2002), en particulier ceux qui promeuvent les rapports sexuels sur place (saunas, établissements avec backrooms, sex clubs). Et l'on entend de plus en plus d'usagers de ces lieux parler de recrudescence de pratiques à risque, de reprise du multipartenariat, etc. Il faut évidemment prendre au sérieux ces témoignages tout en étant conscient que la subjectivité des témoins influence leur perception des phénomènes.

### **Le relapse est une notion problématique**

Le relapse est un terme impropre et une notion qui pose question. Des auteurs ont dénoncé le présupposé implicite sur lequel il repose. En effet, la notion de relâchement impliquerait que le comportement « naturel » ou « normal » d'un individu est de se protéger systématiquement. Toute faille à cet égard est considérée comme pathologique. Le lien a même été fait par certains entre relâchement par rapport à la protection et relâchement par rapport à d'autres comportements de santé : d'une certaine manière, ne plus se protéger du Sida équivaudrait à recommencer à boire pour un alcoolique abstiné, recommence à consommer de la drogue après une phase de sevrage, etc. On voit assez vite que la comparaison est délicate, et que l'on ne peut assimiler la sexualité à une conduite addictive.

Par ailleurs, on constate que le relapse n'est pas une idée nouvelle ; ce sont les interprétations qui en sont faites qui changent avec le temps. Dans le passé, le relapse a été expliqué par l'entrée dans la vie sexuelle d'une génération qui n'avait pas connu les « années sida » durant lesquelles les messages de prévention étaient visibles partout et par tous. Aujourd'hui, on parle d'un trop grand optimisme vis-à-vis des traitements, qui ferait croire à certains que le sida se soigne, ou que les conséquences d'une infection ne sont plus si lourdes que dans le passé.

Si relâchement il y a, il faut sans doute l'expliquer par un faisceau de facteurs (Tourette Turgis, 2001) : l'effet de génération certes, les multithérapies peut-être, la lassitude des individus qui ont pris des mesures de protection drastiques depuis plusieurs années, etc. De plus, il faut reconnaître que, pour les gays comme dans la population générale, le Sida a vraisemblablement changé de statut. Les représentations qui y sont liées évoluent, et il fait sans doute moins partie du quotidien qu'il y a cinq ou dix ans. De phénomène social qui concerne tout le monde et dont tout le monde parle, il est passé au statut de problème de santé parmi d'autres. On peut aussi supposer que d'autres facteurs influencent les comportements de manière moins directe et plus complexe.

Enfin, rappelons que le processus de changement mis en œuvre face à un risque est un long processus d'adaptation dans lequel de petits changements, même temporaires, doivent être comptabilisés à l'actif d'une évolution souvent discontinue (Delor, 1997).

## **Le bareback**

Le terme bareback vient du vocabulaire de l'équitation. Il signifie « monter à cheval sans selle » ou « monter à cru ». Il signifie le fait d'avoir un rapport sexuel anal sans utiliser de préservatif.

Le bareback est un phénomène actuellement impossible à quantifier. Il est donc également impossible de savoir avec exactitude s'il s'agit d'un phénomène en expansion. Force est néanmoins de constater que lorsqu'on visite des sites Internet de rencontre, les annonces et les profils personnels précisant la volonté d'avoir des rapports sexuels non protégés représentent une part non négligeable de l'ensemble des internautes. Dans le discours, même si ce discours est virtuel, le bareback fait désormais partie de la « culture sexuelle ».

Il y a différentes interprétations psychologiques du bareback : le goût du risque, la fascination pour la mort, la volonté de se suicider à petit feu, l'auto-destruction liée au manque d'estime de soi ou à une homophobie intériorisée, le désir de vengeance suite à une contamination, le plaisir lié à la transgression d'un interdit, etc.

Les interprétations psychologiques du bareback sont peu pertinentes sur le plan pratique, difficiles à vérifier et posent des questions éthiques majeures. Associer le bareback ou même le relâchement à un dysfonctionnement psychologique revient à présupposer qu'il est « normal » de se protéger et anormal de ne pas le faire. Cela revient à considérer que tous les comportements que nous posons et qui nuisent à notre santé sont pathologiques : fumer, boire de l'alcool, conduire sa voiture au-delà des limites fixées par le code de la route seraient des comportements déviants associés à des caractéristiques psychologiques particulières. Ces exemples montrent simplement que la préservation de « la bonne santé » ne représente pas LA priorité de tout un chacun, et aussi que le fait de connaître toutes les informations au sujet de la nocivité d'un produit ou d'un comportement ne suffit pas à éradiquer ce comportement.

## **Plusieurs cas de figure**

Le bareback désigne les rapports sexuels volontairement non protégés. Il faut sans doute distinguer plusieurs cas de figure dans la pratique du bareback:

1. les rapports sexuels entre personnes séropositives : que ce soit dans le cadre d'une relation de couple ou entre des partenaires qui ne se connaissent pas mais qui se sont informés de leurs statuts sérologiques respectifs
2. les rapports sexuels entre personnes séronégatives : idem, même si les rapports sexuels non protégés dans un couple dont les partenaires sont tous deux séronégatifs échappent à la définition du bareback (encore faut-il être sûr du statut sérologique de son partenaire !)
3. les rapports sexuels entre personnes qui ne connaissent pas leurs statut sérologiques propres ni/ou celui du partenaire : dans ce cas de figure, la volonté d'avoir des rapports

non protégés est bien là, le risque est réel, et les partenaires en sont conscients pour peu qu'ils soient bien informés

4. les rapports sexuels entre partenaires sérodifférents qui connaissent leur statut sérologique et celui de leur partenaire : dans ce cas, il semble qu'au-delà de la volonté d'avoir des rapports non protégés, il y ait l'acceptation, voire la volonté, de prendre un risque important de contaminer ou d'être contaminé

Cette typologie permet de distinguer, sous l'étiquette générale « bareback », un ensemble d'attitudes et de pratiques qui en réalité sont différentes dans les intentions des partenaires, même si elles comportent toutes, mais à des degrés divers, un risque de contamination.

Un des problèmes pour penser le phénomène du bareback est la médiatisation qui en a été faite : on s'est surtout indigné et inquiété du dernier cas de figure, celui qui renvoie à la volonté d'être contaminé ou de contaminer le partenaire, alors que, même si l'on ne dispose pas d'informations à ce sujet, on peut penser qu'il s'agit d'un cas de figure minoritaire dans les intentions et les pratiques, bien que très débattu dans les discours.

### **Pourquoi le bareback ?**

Déclarer que quelqu'un prend un risque car il aime le risque tient de la tautologie. La conception de l'« attirance morbide » méconnaît la multiplicité des motifs qui président à l'adoption de comportements dits à risque (Delor, 1997). Ce n'est pas parce que nous (individus, acteurs de prévention, etc.) considérons un comportement comme dangereux que nous devons attribuer sans autre forme de procès aux personnes qui se livrent à ce comportement le goût du danger.

On peut penser le bareback en le replaçant dans le contexte de l'histoire de l'épidémie et de la prévention. Rappelons que, si les homosexuels masculins ont été le groupe le plus vite et le plus fort touché par le VIH, il est aussi l'un des groupes qui a très vite et massivement adopté des stratégies de protection pour la plupart efficaces.

On a pu craindre, dans les premières années de l'épidémie, que le Sida ne devienne prétexte à la stigmatisation des homosexuels. Dans nos pays ce ne fut pas le cas, mais les associations militantes se sont battues pour que le lien 'sida-homosexualité' ne soit pas systématique. Il y a donc eu un combat pour ne pas associer le sida à l'homosexualité dans les discours, et en même temps la prise de conscience que, pour mieux faire accepter l'homosexualité dans la société, il était stratégiquement pertinent d'être les « élèves modèles de la prévention » (Defert, 1990). Cette démarche a eu un effet très positif en termes de santé publique, qui est une rapide stabilisation des contaminations dans le public gay. Mais en même temps, elle a peut-être fait de la prévention un dogme qu'il était impossible d'interroger et de discuter. Dans les années nonante, il était impensable que quelqu'un prenne la parole pour dire qu'il ne se protégeait pas. Peu de gens osaient dire publiquement que le préservatif pouvait être inconfortable dans un rapport sexuel, que des oublis pouvaient arriver, ou qu'il pouvait entraver le désir de fusion sexuelle ou amoureuse. On peut se demander où étaient alors les 20% de personnes qui déclarent de manière constante dans les enquêtes qu'elles ont pris au moins un risque important dans l'année ?....

D'où l'hypothèse selon laquelle le bareback serait une sorte de « retour de flammes » après ces années bercées par le discours politiquement correct de la prévention. Tout semble un peu se passer comme si, du fait de l'impossibilité de dire ses difficultés vis-à-vis de la

protection, la seule manière d'en parler était la manière forte, provocatrice, fière et revendicatrice, comme celle d'un Guillaume Dustan ou Erik Rémès.

## **Le discours de la prévention**

Dans la plupart des pays démocratiques, les acteurs et les théoriciens de la prévention ont insisté de longue date sur la nécessité de proposer la prévention à partir d'un regard « non dominant » (Delor, 1997). Des messages généraux et très normatifs peuvent être des inhibiteurs puissants de toute parole au sujet des échecs de la protection. A force de s'accorder à dire « ce qu'il faut », il n'y a plus de place pour que chacun puisse dire « ce qu'il fait ». Les messages de prévention peuvent être perçus comme des messages de violence. Au lieu de faire entendre un maximum de choses à un maximum de gens en matière de prévention, il serait plus utile d'être davantage à l'écoute de ce qui préoccupe effectivement les gens en matière de Sida et de sexualité.

Force est de constater que tant les politiques de prévention que les pratiques des professionnels ont eu beaucoup de mal à développer des démarches d'écoute des personnes qui rencontraient des obstacles dans l'adoption de stratégies de protection.

Les messages se sont bornés à n'être pas trop moralisateurs ou stigmatisants, mais malgré la bonne volonté des organismes de prévention pour éviter les leçons de morale et les discours culpabilisants, il faut faire l'hypothèse que le « tout préservatif » a été perçu par une partie de la population comme un impératif moral à la fois tyrannique et impossible à respecter à la lettre.

## **La question de la responsabilité**

Au niveau général, qui est responsable du relâchement, de la lassitude vis-à-vis de la protection ? et au niveau individuel, qui est responsable lorsqu'il y a contamination ?

Chacun a ses réponses à ces questions. Tantôt, on invoque l'incurie des pouvoirs publics, tantôt l'incompétence ou la mollesse des organismes de prévention, tantôt les séropositifs, tantôt « les gens » en général ; on invoque aussi la montée de l'individualisme, l'égoïsme, le non respect de l'autre, voire la perversion, qui pousserait certains à vouloir délibérément contaminer d'autres par vengeance, et d'autres, inconscients, qui se feraient contaminer par choix, par fascination de la mort.

La question de la responsabilité est difficile et complexe. Il est assez typique lors de l'apparition d'un fléau social de pointer du doigt une catégorie de la population, de préférence une catégorie à laquelle on n'appartient pas. Cela rappelle les fantasmes des premières heures de l'épidémie où l'on rendait les « 4 H » (Héroïnomanes, Homosexuels, Hémophiles et Haïtiens) responsables de tous les maux. Identifier « l'ennemi » a toujours quelque chose de rassurant, surtout lorsqu'on n'est pas de la même « tribu » que lui.

En ce qui concerne les organismes de prévention et les individus, rappelons que l'apparition du Sida a placé les professionnels de la prévention dans un contexte d'urgence ; il fallait informer très vite le plus grand nombre de gens, distribuer des préservatifs gratuits chaque fois que l'occasion se présentait, placarder massivement des messages de prévention à tous les coins de rue, sur les murs de tous les établissements, etc. Si à cette époque la finesse

des stratégies laissait peut-être à désirer, les efforts consentis et la bonne volonté étaient irréprochables.

Dans un deuxième temps, les acteurs de prévention ont commencé à remettre en question ces stratégies ; des millions de francs dépensés pour des affiches, des préservatifs distribués en quantités industrielles semblaient avoir un impact discutable, surtout vis-à-vis d'un public de moins en moins réceptif, avec des bénévoles parfois légitimement fatigués. Devant ce constat de démobilitation, un temps de réflexion s'imposait, d'autant plus que l'épidémie semblait relativement maîtrisée et stable.

Le relâchement et le bareback sont sans doute venus troubler avec grand bruit ce temps de réflexion.

Il n'empêche. On peut se réjouir que la prévention du Sida bénéficie d'une certaine professionnalisation. Et l'on peut exiger de la part des organismes de prévention, financés par l'argent du contribuable qu'ils fassent correctement leur travail. Mais il faut aussi rappeler que le succès des actions de prévention, que ce soit pour le Sida ou pour d'autres questions liées à la santé, ne peut être assuré que par la mobilisation effective des personnes concernées.

Sans la mobilisation et la participation effective du public, sans un engagement à long terme d'une collectivité, des millions d'euros dépensés pour faire de la prévention ne suffiront pas à enrayer l'épidémie. Or, si la mobilisation parmi les homosexuels était à son apogée au début des années nonante, les préoccupations ont manifestement changé au cours du temps. Du côté associatif, les revendications pour une plus grande égalité, notamment par la reconnaissance des unions entre personnes de même sexe ou par la mise en œuvre de mesures anti-discriminatoires sont légitimes et ont aussi un impact favorable sur la santé et le bien-être. Mais il serait dangereux que ces revendications ne laissent plus de place du tout à une mobilisation indispensable autour d'une maladie qui touche à l'heure actuelle de 5 à 15% des gays dans notre pays (Hubert et al., 1997). Du côté des établissements commerciaux, il semble que certains patrons jugent qu'il est inconciliable d'avoir une affaire à la fois rentable tout en offrant à leur clientèle un matériel et des messages de prévention en suffisance.

Il ne semble donc pas pertinent ni utile d'identifier un unique responsable des aléas de l'histoire de la prévention. Il s'agit bien d'une responsabilité collective, et tant les individus, quel que soit leur statut sérologique, que les professionnels de la prévention, les patrons d'établissement et les militants ont un rôle à jouer dans la lutte contre le Sida, dans la compréhension de l'évolution de l'épidémie et des comportements, et dans la nécessaire redéfinition des stratégies à mettre en œuvre.

La prévention n'est ni une science ni un dogme, elle doit faire l'objet d'un débat continu et d'un engagement renouvelé des personnes concernées.

## Références

ADAM, P. Baromètre gay 2000 : résultats du premier sondage auprès des clients des établissements gays parisiens. BEH n°18, Institut de Veille Sanitaire, France, 2002.

ADAM, P., DELMAS, M-C., BRUNET, J-B. « *Impact des nouveaux traitements antirétroviraux sur les attitudes et les comportements préventifs des lecteurs de la presse gay. De l'impact perçu par les individus à la mesure d'une influence effective* ». In *Séropositivité, vie sexuelle et risque de transmission du VIH*, ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida, 1999.

DEFERT, D. L'homosexualisation du Sida. Gay Pied Hebdo, France, 30 novembre 1990.

DELOR F. Séropositifs, Trajectoires identitaires et rencontre du risque, coll. Logiques sociales, Ed. L'Harmattan, 1997.

DELOR, F., MARTENS, V., HUYNEN, P. « *Les modes de vie des gays et le sida. Enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques des homosexuels masculins en Communauté française* ». Rapport. CES des Facultés Universitaires Saint-Louis – Ex Æquo, 1999.

DUSTAN, G. Je sors ce soir. P.O.L., Paris, 1997.

HUBERT, M., MARQUET, J. ET HUYNEN, P. Regard sociologique sur les données épidémiologiques. In: *Homosexualité(s), Sida et Prévention*. Acte du colloque du 1er juin 1996, organisé par Ex Aequo. Bruxelles, pp. 15-30, mars 1997

LAPORTE, A. Un nouveau relâchement de prévention chez les homosexuels masculins : rôle des avancées thérapeutiques ? *Eurosurveillance*, vol. 7 n°2, février 2002.

LE TALEC, J-Y. Le risque du sexe, entre rumeur et réalité. Rapport de recherche. ([www.multisexualites-et-sida.org/prevention/rapport/rapport6.htm](http://www.multisexualites-et-sida.org/prevention/rapport/rapport6.htm)), 2002.

REMES, E. Serial Fucker, journal d'un barebacker. Edition Blanche, France, 2002.

RENARD, F. Rapport de l'enquête en milieu homosexuel masculin. Institut d'Hygiène et d'Épidémiologie, Unité d'épidémiologie, Janvier 1993.

TOURETTE-TURGIS, C., REBILLON, M. La prévention à l'épreuve du barebacking. Comment dire ? Dossier technique ([www.commentdire.com/counselingVIH/DossierBareback.htm](http://www.commentdire.com/counselingVIH/DossierBareback.htm)), 2001.