

Homosexualité masculine à Kinshasa au temps du VIH/Sida : Expérience et conditions sociales

Introduction

Depuis les années 80, les campagnes de prévention ont mis l'accent sur la transmission sexuelle entre un homme et une femme et la contamination à la naissance. Les rapports sexuels par voies anale et orale ne sont pas généralement considérés comme des pratiques sexuelles complètes puisqu'il n'y a pas de possibilité de reproduction. Beaucoup ignorent qu'il s'agit aussi de pratiques à risque et qu'une protection est nécessaire. Ce déni est d'autant plus dramatique qu'il concerne des personnes présentant de nombreux facteurs de vulnérabilité. La contamination des hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes pose d'autant plus de problème qu'elles ont plusieurs partenaires. Ceux qui sont mariés avec des femmes peuvent propager le virus sans en avoir conscience.

Si les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes sont plus concernées dans la propagation du VIH, c'est parce qu'ils prennent plus de risques en ayant des rapports non protégés, d'autant qu'ils ont en général plus de partenaires. Et parce qu'en elle-même, la pratique sexuelle des homosexuels hommes est plus contaminante que celle des hétérosexuels. Il est, jusqu'à présent, difficile d'avoir des informations relatives à la diffusion du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes dans le pays en général et dans la ville de Kinshasa en particulier. Il y a donc un besoin urgent d'entreprendre multiples recherches dans ce domaine complexe. L'homosexualité masculine existe bien à Kinshasa et le phénomène est plus important qu'on ne le croit. Cependant, les gens ne la considèrent pas comme une réalité préoccupante et exigeant une attitude particulière dans le contexte de l'épidémie du sida.

L'homosexualité masculine est un facteur de risque important du sida ; car, les personnes homosexuelles ont souvent de multiples partenaires, ce qui est un grand facteur de risque de propagation de la maladie. Les rapports homosexuels sont plus dangereux car les lésions de la muqueuse anale, qui est très fragile, sont très fréquentes. L'infestation du virus se fait donc par deux voies : la voie muqueuse et la voie sanguine. Le sperme du séropositif contient des virus et la contagion par cette double voie est plus facile. Si le risque de contagion par hétérosexualité est de plus en plus affirmé, celui par l'homosexualité ne l'est pas moins.

Ainsi donc, une seule question résume l'essentiel de notre problématique : Si les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes revêtent une certaine spécificité dans la riposte au VIH/Sida en ce qu'ils sont ignorés des efforts de sensibilisation menés jusqu'ici de façon non différenciée, en quoi leur trajectoire les rend-elle vulnérable au VIH ?

L'objectif principal de cette étude est de relever la forte implication des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes dans la propagation du VIH/Sida et des IST dans la ville de Kinshasa. Il s'agit de souligner les insuffisances criardes de certains facteurs

importants dans la vie des HSH¹ qui favoriseraient leur participation à la croissance de la séroprévalence en République Démocratique du Congo. Nous pensons que les pratiques homosexuelles contribuent fortement à l'évolution et à la propagation du VIH/Sida par l'adoption des attitudes et des comportements à risque, facteurs et vecteurs de diffusion du VIH.

Les objectifs spécifiques de cette étude sont triple : accroître les connaissances concernant la sexualité des hommes qui ont des pratiques homosexuelles dans la ville de Kinshasa ; identifier les facteurs de vulnérabilité face aux IST et au VIH/Sida ; utiliser ces connaissances pour sensibiliser les décideurs politiques et les responsables de programmes afin que soient élaborées auprès de cette population des actions ciblées et non stigmatisantes.

En effet, située dans le cadre de surveillance comportementale des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes à Kinshasa en rapport avec l'épidémie du VIH/Sida et des IST, cette étude veut appuyer les activités de lutte en fournissant des informations vérifiables sur les facteurs déniés de risques, sur l'ampleur et sur la distribution de l'infection dans les pratiques homosexuelles. Les résultats de cette étude sont donc essentiels pour la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes de prévention, de prise en charge et d'atténuation de l'impact.

L'étude vise également, à travers l'analyse des questions de base relatives à l'homosexualité et la bisexualité masculines dans le contexte du VIH et des autres IST, à dégager des pistes des programmes de prévention conçus à l'intention des personnes ou des organisations qui apportent du soutien aux ONG et Organisations à Base Communautaire impliquées dans la prévention du VIH et des IST avec et pour des hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Des actions efficaces de préventions amèneraient les sensibilisés à se protéger à la fois lors des rapports sexuels avec les hommes et avec les femmes.

En fait, nous voulons ici mettre l'accent sur l'importance de tenir compte des caractéristiques des relations et des interactions dans lesquelles le risque a lieu. Il s'agit d'insister plus sur les programmes d'intervention qui visent à augmenter les capacités et le pouvoir des gens à agir contre l'épidémie. De nos jours, l'impératif de l'éradication du risque ("risque zéro"), c'est-à-dire des rapports sexuels sans risque pour tous et tout le temps, semble illusoire et cède la place progressivement à la promotion de la réduction du risque (c'est-à-dire "safer sex" ou des rapports sexuels "moins dangereux"). Ainsi, l'identification et la description des situations de vulnérabilité sur lesquelles des programmes d'intervention seraient basés deviennent une priorité. Ceci semble revêtir une importance particulière à un moment où une certaine tendance à la normalisation du sida (suite à l'apparition de nouveaux médicaments) semble mener à la banalisation de la maladie et à un affaiblissement des moyens et des efforts de prévention.

¹ HSH signifie Homme qui a des rapports sexuels avec d'autres hommes. Il s'agit ici des personnes homosexuelles et bisexuelles masculines.

La “théorie sexuelle du sida” (Giami, 1993) qui, d’une façon générale, fait du sexe le principal facteur de la contamination par le VIH, trouve un champ d’application privilégié dans le contexte congolais de Kinshasa et c’est pour cela que c’est vers les conduites sexuelles que se portent notre attention. Evaluer le niveau et les modalités d’une supposée “promiscuité sexuelle” (multiplication déréglée des actes et des partenaires homosexuels ou bisexuels) est donc l’objectif principal assigné à cette étude. Il est assorti du souci d’identifier les “attitudes” et les “croyances” susceptibles de s’opposer au changement de telles pratiques, ou, du moins, à l’adoption du préservatif qui pourrait seul en réduire la nocivité.

Dans un ordre explicatif, notre démarche consiste à lutter contre le développement de l’épidémie et à agir contre les conséquences qu’elle exerce sur les communautés et les individus atteints. Nous sommes confrontés à un défi : soutenir les efforts de prévention.

Au cours de ce travail, toutes les données sont recueillies dans un contexte où le poids de la société, de l’entourage ou des traditions empêche les personnes de parler de leur éventuel vécu de pratiques sexuelles entre hommes.

Des pratiques hétérosexuelles ne pouvant, à elles seules, expliquer l’épidémie congolaise ; cette étude montre comment l’infection chez les HSH est reconnue et doit intéresser la communauté scientifique et les opérateurs politiques du pays. Cette recherche exige une prise de conscience rapide du besoin d’actions en directions des homosexuels en République Démocratique du Congo. L’enjeu est de taille car il est à la fois médical, scientifique mais aussi politique, culturel et sociologique. Il relève aussi de l’application à tout un chacun de la protection que confère la Déclaration Universelle des Droits Humains, une notion que le régime congolais a du mal à intégrer.

La posture socio-anthropologique pose l’exigence éthique de partir des significations que les acteurs eux-mêmes donnent à leurs pratiques. Cela rejoint l’une de nos motivations initiales : aller recueillir la parole de ceux qui semblent être les “objets” silencieux de tous les discours sur la prévention : les hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes, eux-mêmes.

Concernant la cartographie des lieux de regroupement ou retrouvailles des homosexuels, il est important de préciser la sensibilité et la difficulté de cette question. Nous pouvons dire : les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes sont partout dans la ville de Kinshasa. Il n’y a pas d’endroits spécifiques pour eux ; même si il y a des endroits nocturnes où il est plus favorable de les rencontrer. Cette affirmation corrobore avec cette déclaration de certains répondants HSH : les lieux de regroupement et de fréquentation des HSH sont aussi bien publics que privés. Ce sont notamment les hôtels, les rues moins animées en pénombre, les soirées des homosexuels, les maisons closes, les boîtes de nuits, les réunions secrètes et surprises (les lieux de réunions souvent gardés secrets jusqu’à la veille), les bars et buvettes, les salons de coiffure et cybercafé, le lieu funéraire de leur pair, etc.

Cette étude présente les résultats d'une recherche socio-anthropologique mise en œuvre à partir d'observations ethnographiques, d'histoire de vie et d'entretiens. L'échantillon analysé comprend cinquante-neuf (59) entretiens menés auprès des hommes à pratiques homosexuelles ou bisexuelles, sans contrôle préalable de leur identité sociosexuelle. L'exercice de la sexualité est entendu ici comme relevant de mécanismes de construction, au même titre que tout phénomène social.

Considérant qu'on "ne peut tirer un échantillon représentatif que d'une population dont on connaît les contours, la taille et les limites"², une démarche qualitative semble plus à même de répondre aux besoins de l'étude de la population des homosexuels et des bisexuels masculins, réalité particulièrement hétérogène et difficilement quantifiable. Il devient alors possible de concentrer l'attention sur quelques cas typiques. D'autant que, peut-être, la recherche a aussi besoin d'analyses approfondies sur la question de la société sans risque que des seules données chiffrées et de leurs corrélations³. Ce qui justifie le choix de la méthode qualitative.

² M. Pollak, "Pour un inventaire", *Questions à l'histoire orale: Les Cahiers de l'IHTP (4)*, Paris, éd. CNRS, 1987, p. 4.

³ G. Dowsett et alii, "Gays men, HIWAIDS and Social Research : an antipodean Perspectives", in P. Aggleton, P. Davies and Gr. Hart (eds.); *Aids : Rights, Risk and Rean*, London and Washington, Taylor and Francis, 1992, p. 7.

1. RAPPORTS SEXUELS DES REpondANTS

Voici la déclaration d'un répondant HSH : *“Un jour, on était seuls à la maison. Ma mère était allée vendre au marché. Les autres enfants étaient partis jouer ailleurs. Il en a profité. Il s'est jeté sur moi. Il m'a déshabillé. Il m'a fait plein de caresses. Des caresses si douces ! Et puis, il m'a pénétré. [...] j'en avais envie aussi.”*

Il poursuit : *“Je l'aimais, moi, ce monsieur qui faisait autant cas de ma personne. [...] Il a eu ma virginité et mon silence. Après lui j'en ai eu d'autres. Lui, il était mon premier.”*

Il n'est pas aisé de traiter la question de l'homosexualité par le biais de la liberté ; car cette notion si mal définie est différemment interprétée. L'être humain est en principe libre de faire ce qu'il veut de son corps. Conséquemment, les êtres libres peuvent se rencontrer dans un consentement réciproque.

L'homosexualité masculine ouvre d'abord son chemin dans la rencontre de deux hommes corporels. Si cela pourrait se faire par provocation d'un homme “passif” envers un autre “actif” ; provoquer, dans ces conditions, signifie allumer l'œil. Le rôle du “passif” se limite à user de son corps dans le regard de l'“actif”. Les “passifs” sont sensibles à tous les regards masculins qui se posent sur eux. Il peut y avoir aussi attirance réciproque et même amour.

Les pratiques sexuelles les plus fréquentes entre hommes sont la pénétration anale, le sexe oral, les relations crurales (contre cuisses) et la masturbation mutuelle. Plusieurs de ces actes se pratiquent autant entre hommes qu'entre femmes. Mais cette étude prend pour acquis les partenaires hommes.

Il peut être difficile de trouver les termes les plus adéquats pour parler de rapports sexuels entre hommes. Ce point donne les expressions usuelles, mais aussi des alternatives utilisées fréquemment dans la vie quotidienne. Dans chaque langue existent, bien entendu, des expressions formelles et informelles pour parler de sexe.

Toutes les parties du corps peuvent être stimulées sexuellement et jouer un rôle dans les activités sexuelles. Dans les rapports sexuels entre hommes, on porte davantage attention au pénis (bite, queue), à l'anus (cul, trou du cul), à la bouche, aux testicules et au scrotum (couilles), aux mamelons (tétons).

Afin de provoquer l'excitation chez les deux partenaires, le coït est généralement précédé de préliminaires, consistant généralement en caresses, baisers, massages, masturbation des organes génitaux du partenaire, etc. On notera également que la parole pourra, chez certaines personnes, produire un effet d'excitation non-négligeable. L'excitation conduit chez l'homme à l'érection du pénis, c'est-à-dire à son gonflement en pleine longueur et à sa rigidification.

A la question de savoir si la fellation procure plus de plaisir que la pénétration, certaines opinions nous ont dit que les sensations que procure la fellation sont plus intenses que celles de la pénétration. Cela peut s'expliquer du fait que la cavité buccale est plus riche en muscles et en capacités motrices. La langue peut stimuler tour à tour, et à l'envie, toutes les zones érogènes du pénis : le gland, le frein, la couronne, les testicules, les points à la base de la verge... D'où une jouissance intense, ces zones étant en relation directe avec la partie du cerveau qui contrôle le plaisir (l'hypothalamus).

La fellation est-elle indispensable à l'excitation ? Un répondant HSH répond : *“Elle paraît souvent indispensable à la gent masculine parce qu'elle est particulièrement excitante. Cette pratique me permet d'une part d'observer avec délices le corps nu de mon partenaire, me penchant sur son sexe. D'autre part, il me regarde aussi lui procurer du plaisir”*.

Il y aurait ici une hyperstimulation de l'hypothalamus (partie du cerveau qui contrôle, entre autres, le désir), une dilatation des artères, un débit sanguin et une pression supérieure... donc une augmentation du volume du pénis. On dirait que plus les vaisseaux sanguins sont irrigués, plus les sensations que procurent la fellation s'accroissent ; ce qui garantit au moment de la jouissance un orgasme plus puissant.

Un autre témoigne : *Cette pratique me permet, pour une fois, de me laisser faire, de lâcher prise et de savourer pleinement mes sensations.*

On dirait que la fellation lui offre une position aussi confortable qu'inhabituelle, fort plaisante... A condition bien sûr de ne pas pratiquer en parallèle de cunnilingus, qui peut perturber la concentration.

En effet, le rapport oral (fellation, sucer, faire une pipe) consiste à insérer le pénis dans la bouche du partenaire. Certains partenaires receveurs ne trouvent pas cela agréable mais d'autres en jouissent. La fellation mutuelle (ou 69) se pratique aussi. Il consiste en un rapport oral réciproque et simultané.

Les sensations de la fellation peuvent être amplifiées en masturbant la verge en même temps, ou en caressant les testicules. La pénétration anale peut se faire aussi avec des doigts ou un objet phallique. Mais cette pénétration peut s'avérer plus ou moins agréable selon les individus. La stimulation peut être diversifiée par l'action des dents sur le gland. Là aussi, de grandes différences existent entre les individus quant au plaisir découlant de cette variante.

Le désir sexuel et/ou les caresses, et toute autre forme de frottement, entraînent l'érection du pénis. Le frottement du bout du pénis stimule la prostate qui éjacule le sperme (jus), élément essentiel de l'orgasme masculin.

Les deux partenaires peuvent être excités durant les préliminaires sexuels dont les baisers sur la bouche, les caresses ou les baisers sur le corps du partenaire, les caresses des mamelons, du scrotum et des testicules, la pénétration de l'anus avec un doigt. Certains répondants affirment que des caresses prolongées de leurs mamelons les font éjaculer.

Les relations bucco-génitales (fellations), semblent être très courantes. La fellation peut aboutir à une éjaculation dans la bouche ou sur une partie du corps du fellateur. Certains répondants préfèrent jouir dans la bouche de leur partenaire. Si l'éjaculation dans la bouche ou sur une partie du corps n'est pas un plaisir partagé d'un commun accord par les deux partenaires, dit un répondant HSH, elle peut être considérée comme une pratique humiliante. Dans le même sens, l'homme devra s'assurer, avant d'atteindre l'éjaculation, que le fellateur a une certaine expérience de cette réaction ou du moins s'attend à ce qui va se passer. Car des réactions de dégoût, surprenant l'autre, peuvent gâcher une première expérience.

De même, comme dans certains films pornographiques⁴, raconte un répondant HSH, l'homme peut éjaculer sur le visage du partenaire. Là aussi, il convient que cela se fasse de commun accord avec le partenaire, et en particulier, protéger ses yeux. La projection de sperme sur les yeux peut en effet provoquer des irritations chez certains individus. Et dans ce cas, la prévention contre l'infection aux MST peut porter sur la protection des yeux par le port des lunettes par exemple ou simplement en déconseillant cette pratique.

Après fellation suivie d'éjaculation dans la bouche, certains partenaires s'embrassent afin de partager le sperme.

Lors de la fellation, la possibilité de transmission des maladies sexuellement transmissibles entre les deux partenaires est envisageable, même si l'absence de certitudes scientifiques sur le sujet est à relever. De nombreuses IST sont concernées : le VIH/Sida, la syphilis, l'herpès, les chlamydiae, les gonorrhées, et plusieurs types d'hépatites. Notons que cette liste n'est pas exhaustive. Ce risque s'accroît avec la présence des lésions aux lèvres et/ou à l'intérieur de la bouche du partenaire. Une hygiène bucco-dentaire est donc recommandée. Toutefois, se laver les dents peu de temps avant la fellation peut provoquer des saignements de gencives, ce qui accroît la possibilité de transmission du sida.

Le préservatif est le mieux conseillé car il permet d'éviter le contact avec le sperme. Afin de cacher le goût du latex, de nombreux fabricants proposent des préservatifs aromatisés. Cependant, l'usage conseillé du préservatif est encore moins suivi que pour les rapports sexuels génitaux : en raison tant de l'absence de campagnes de prévention axées sur ce point (même si cela commence à changer) que d'une plus grande modification des sensations physiques par la présence du préservatif dans le cas de la fellation, par rapport aux rapports génitaux.⁵

⁴ La majorité de répondants HSH disposent des films pornographiques homosexuels dans leur téléphone portable.

⁵ Lire : - "La pipe est-elle déculottée ?", in *Libération*, n° 7523, 18 juillet 2005.

- Th. Leguay, *Histoire raisonnée de la fellation*, GECEP/Le Cercle, 1999.

- Fr. Evrard, *De la Fellation dans la littérature*, Paris, Le Castor astral, 2000.

Le but poursuivi par la plupart des actes sexuels entre hommes consiste à stimuler le pénis jusqu'à l'orgasme. Dans la pénétration anale (enculer), le pénis en érection pénètre dans l'anus. Un répondant HSH raconte que la pénétration anale peut se dérouler de plusieurs manières ou positions, debout ou couché, le receveur tournant le dos au partenaire ou les deux partenaires se faisant face. Cette pénétration donne du plaisir au partenaire qui pénètre (dessus). Car elle produit une friction du pénis. Cela donne aussi du plaisir au partenaire receveur (dessous) parce que le pénis stimule la prostate située le long du rectum (la partie interne de l'anus). Ceci peut être douloureux pour le partenaire receveur en particulier lorsque la pénétration est forcée ou s'il n'y a pas de lubrifiant et quand la pénétration ne donne pas assez de temps aux muscles de l'anus et du rectum pour se détendre.

Puisque l'anus ne lubrifie pas naturellement, il est nécessaire d'utiliser un lubrifiant. Certains répondants HSH utilisent la salive, mais elle a tendance à sécher trop vite. D'autres utilisent la vaseline ou l'huile végétale. Pourtant, certaines huiles ne devraient pas être utilisées avec les préservatifs parce qu'elles détruisent le latex. Un répondant médecin recommande d'user des lubrifiants tels que la gelée KY à base d'eau.

Voici la déclaration d'un autre répondant HSH : “[...] *J'avais mal pendant la pénétration. Mais je n'ai pas crié. Je pleurais. [...]*”

Il poursuit : “*Je suis tombé malade le jour même. J'avais une fièvre avec des frissons. Ma mère avait peur pour moi et me posait plein de questions. Elle voulait savoir s'il m'était arrivé quelque chose pendant son absence. J'ai répondu par la négative. Je ne lui ai rien dit. Je souffrais. Je voyais la mort en face. Mais je ne voulais pas trahir. Je savais que si je parlais, il allait avoir un scandale. Je ne voulais pas qu'il ait des problèmes à cause de moi. [...]* S'il a des problèmes, je n'aurai plus personne pour me faire des câlins. J'ai gardé le secret. Personne n'a rien su. Je suppose qu'il m'a été reconnaissant. [...]

Certains répondants ont évoqué d'énormes difficultés à accéder aux produits dont ils ont besoin tels que les lubrifiants et les gels adaptés à leur pratique sexuelle. La non utilisation de ces produits provoque des douleurs au cours des rapports sexuels et accroît le risque de vulnérabilité comme l'attestent les propos d'un répondant : “*Moi, j'avais eu des rapports avec un expatrié qui a utilisé un lubrifiant qu'il a ramené de chez lui. Au cours du rapport, tu ne sens même pas la douleur alors qu'entre nous, ce sont des cris de douleurs, des pleurs chaque fois. Le lendemain, tu es très fatigué*”.

Il arrive souvent que lors de la pénétration, il y ait des déchirures tant au niveau de l'anus que du pénis. Ces blessures augmentent les risques d'infection au VIH. Aucun répondant n'utilise les préservatifs, le recours au lubrifiant à base d'eau n'est pas toujours systématique. Or, il semble que ce dernier contribuerait énormément à réduire les risques d'infection au VIH chez les personnes homosexuelles masculines. Dans le contexte de la propagation de l'épidémie du VIH et du Sida, le fait pour les HSH de pratiquer la pénétration par l'anus augmente leur risque d'infection.

Face à ces difficultés, certains enquêtés proposent d'une part la mise à disposition de ces produits à des prix réduits et d'autre part, de meilleures stratégies pour les leur faire accéder.

Dans les relations crurales (contre cuisses), le pénis est placé entre les cuisses du partenaire, généralement juste sous l'aîne. Le plaisir du partenaire receveur vient de la pression contre les testicules et le long du périnée (la zone de peau entre les testicules et l'anus)⁶.

La masturbation quant à elle se pratique en se servant des mains pour parvenir ou amener le partenaire à l'orgasme. Elle est mutuelle lorsque les deux partenaires le font réciproquement l'un pour l'autre.

D'autres pratiques homosexuelles existent. Tel est le cas du sadomasochisme (infliger de la douleur à un partenaire consentant), l'insertion d'objets dans l'anus (gode, "jouets") ou de la main ("fist fucking"). Ces pratiques sont très répandues dans des milieux où les hommes ont la liberté d'explorer leur sexualité, raconte un répondant HSH. Mais elles peuvent s'avérer dangereuses lorsqu'elles sont faites sans connaissances ou techniques appropriées et sécuritaires.

Bien que tous les répondants HSH ont nié de les utiliser, certains par contre reconnaissent que leurs partenaires, pour avoir des rapports sexuels, prennent des drogues comme le chanvre, l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy ou d'autres composés chimiques ou encore de l'alcool. L'usage de la drogue par voie intraveineuse moyennant les seringues partagées, peut causer la transmission du VIH. Les drogues fumées, bues ou mangées peuvent réduire les inhibitions, entraînant les hommes à avoir moins de pratiques sexuelles sécuritaires. Les drogues permettent aussi de surmonter les tabous sociaux et psychologiques liés aux rapports homosexuels.

En réalité, ceux qui sont conscients et assument leurs besoins homosexuels "draguent" souvent ; c'est-à-dire qu'ils cherchent d'autres hommes. Cela peut se passer n'importe où : dans la rue, au magasin, au restaurant ou encore dans des endroits habituels très fréquentés par les hommes, à savoir des bars, des boîtes de nuit, des associations sportives, etc.

A travers la ville de Kinshasa, il existe des bars (Savana-bar, situé en diagonal de l'ambassade des Etats Unis d'Amérique), Cirkouf, sur l'avenue de la justice), des clubs et des boîtes de nuit (3615 qui est sur le boulevard du 30 juin et d'autres boîtes dans la commune de Bandalungwa et Kalamu), très fréquentés par les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes. Et presque partout dans la ville, ils sont en contact entre eux. Les boîtes de nuit et les clubs attirent davantage les hommes plus fortunés, plus éduqués tandis que les hommes plus pauvres et moins éduqués vont davantage draguer dans les rues du quartier, dans la douche, dans les salons de coiffure, etc. Il y a parfois peu de contacts entre ces deux groupes qui ne se rencontrent qu'occasionnellement.

Tel que signalé ci-haut, certaines institutions non-mixtes (comme les institutions sportives) peuvent aussi favoriser les rapports sexuels entre hommes. Parfois, le travail permet des occasions de rapports sexuels. A titre d'exemple, ceux qui œuvrent dans des hôtels peuvent offrir ou vendre des services sexuels aux clients de l'hôtel ; c'est aussi le cas pour les

⁶ C'est un témoignage d'un répondant HSH

masseurs et leurs clients. Ce ne sont pas toujours des rapports avec consentement mutuel. Dans certaines entreprises locales, par exemple, l'engagement à un emploi ou la promotion de l'agent est conditionné par le service sexuel. Certains patrons des dites entreprises, à en croire certains répondants, disposent d'un groupe de garçons commissionnaires, pour leur recruter des jeunes gens passifs prêts à offrir leur service sexuel (voir infra). A titre illustratif, la Blue Diamond Society qui œuvre auprès des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes au Népal, signale que les efféminés sont souvent obligés d'avoir ce type de rapports sexuels avec leurs employeurs⁷.

Ces rapports sexuels n'ont pas toujours lieu là où les hommes se rencontrent. Ils peuvent se dérouler dans la maison d'un des partenaires, si personne ne s'y oppose. Là où la plupart des hommes vivent avec leur famille, les rapports sexuels ont souvent tendance à se dérouler dans les toilettes où ils se rencontrent, dans un salon de massage, une voiture, une chambre d'hôtel ou ailleurs. Ceux qui pourraient emmener un partenaire à la maison ne le font pas assez souvent soit pour raison de distance par rapport à l'endroit où ils se trouveraient, soit par gêne d'être vu ou encore la réticence d'amener un étranger chez soi.

Dans le secteur hôtelier par exemple, nous avons recueilli de nombreux témoignages de la part des HSH selon lesquels les prix pratiqués pour l'accès aux chambres ne sont pas les mêmes pour les couples hétérosexuels que pour les couples homosexuels. Il semblerait que les politiques menées au niveau des hôtels feraient passer les prix des chambres du simple au double (au triple même des fois) lorsqu'il s'agit d'un couple homosexuel.

Mais il arrive que les rapports sexuels se déroulent aux vues et aux sus de tous, par exemple dans les lieux où les rapports sexuels entre hommes sont habituels, comme en prison, dans les boîtes de nuit spécialisées après la tombée de la nuit, dans les clubs et d'autres milieux fréquentés uniquement par des hommes. D'autres peuvent se joindre à l'activité sexuelle, parfois contre la volonté d'un ou des deux partenaires initiaux.

Les endroits bien connus pour la drague peuvent être dangereux si des voleurs ou des hommes violents s'y trouvent, prétendant offrir des rapports sexuels alors qu'en réalité, ils veulent voler ou attaquer leurs victimes. Par ailleurs, les endroits de drague peuvent être des refuges pour ceux qui n'ont aucune autre chance de rencontrer d'autres hommes avec qui partager leur préférence. Ainsi, ce sont des espaces sociaux où les amitiés et les histoires d'amour se lient et se développent et où des communautés se forment.

⁷ International HIV/AIDS Alliance, *Entre hommes. Prévention du VIH et des IST pour les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes*, Brighton, Queensberry House, Coll. Population clé, 2003, p. 15.

2. ROLES SEXUELS, PLAISIR ET FORMES RELATIONNELLES

Voici une déclaration d'un répondant HSH : *“J’ai eu mes quatre premiers rapports sexuels dans la douche. J’ai toujours été réceptif parce que je suis une fille. J’ai un mari permanent qui me loge et subvient à mes besoins quotidiens. Mais à son absence, je reçois occasionnellement d’autres personnes qui s’intéressent à moi”*.

Un autre déclare ceci : *“Je suis une femme de mon partenaire permanent qui me prend en charge. Il m’appelle quand il veut et je vais le rejoindre au lieu indiqué. Mais je suis aussi mari d’un autre partenaire étudiant à l’Unikin qui jouit de mon assistance pour ses besoins élémentaires. Comme elle vit au home, nous nous rencontrons deux fois par semaine”*.

Une troisième déclaration : *“Je suis le mari de ma partenaire qui vit chez son oncle. Mais je me fais soit insertif ou réceptif des partenaires occasionnels selon la volonté de chacun”*.

Les considérations avancées ici ne doivent pas faire oublier que les situations vécues par les hommes ayant des rapports sexuels avec d’autres hommes sont très variées. Certains hommes préfèrent avoir un seul rôle sexuel, celui qui pénètre (rôle actif ou insertif) ou celui qui est pénétré (rôle passif ou réceptif). D’autres sont heureux d’être versatiles, de jouer un rôle ou l’autre selon leur humeur ou les besoins de leur partenaire. Comme pour toute activité humaine, les rapports sexuels peuvent et doivent être créatifs et les rôles sexuels peuvent changer à plusieurs reprises pendant les rapports sexuels. Un partenaire peut faire une fellation (sucrer) à l’autre, puis le pénétrer et être pénétré à son tour avant qu’un d’entre eux n’atteigne l’orgasme.

En général, tous les cas ci-dessus rapportés montrent que l’homosexualité de nos répondants est établie à partir de leur manière d’être, qu’il s’agisse de la position occupée dans la structure des rapports de genre (masculin-féminin) et/ou qu’il s’agisse de la position occupée dans la structure de la division du travail sexuel (pénétrant-pénétré). L’inscription d’une personne dans le “régime postural”⁸ d’homosexualité se signale de l’homologie du sexuel et du sexe (mâle-femelle ; masculin-féminin). Les genres sont définis par une série de traits caractérolologiques qui permettent de classer économiquement des individus.

Ce régime postural s’inscrit dans un contexte où la différence de genre s’impose à toute interaction sexuelle. Si le brouillage des frontières de genre ne fonctionne que pour un seul partenaire, c’est essentiellement parce qu’il permet d’hétérosexualiser l’interaction sexuelle entre hommes puisqu’on considère que l’un de deux hommes a une “mentalité sexuelle⁹” de femme.

⁸ P. Verdrager, *L’homosexualité dans tous ses états*, Paris, Le seuil, 2007, p. 122.

⁹ J. Chevalier, *Une maladie de la personnalité. L’inversion sexuelle*, Paris, Maisson, 1893, p. 14.

D'après un répondant HSH résidant la commune de Lemba et fréquentant deux partenaires : un expatrié résidant la commune de Gombe et un étudiant de l'Université de Kinshasa : *“La fellation flatte mon amour propre. Je la perçois, non seulement comme une preuve d'amour, mais aussi et surtout, comme une preuve d'estime. La bouche est un endroit noble, le siège du sourire, de la parole, de la gourmandise. Or, si cet endroit symbolique me fait l'honneur de l'accueillir, c'est que mon partenaire m'accorde une réelle importance, la confiance ; voire l'admiration de l'autre pour mon sexe, m'apparaît alors comme évidente”*.

Voici les commentaires d'un autre répondant : *“La fellation permet aussi à l'homme de se ‘réconcilier’ avec son sexe, lorsqu'il est un peu complexé par sa forme et sa taille. Si mon partenaire l'accepte comme il est, c'est qu'il est forcément acceptable”*.

Une troisième déclaration : *“La fellation est une preuve d'amour. Si mon partenaire se consacre avec autant d'application à son seul plaisir est, à mes yeux, une démonstration d'affection. Pourtant la fellation n'est pas pour autant une obligation. Un homme peut aimer véritablement son partenaire et ne pas la pratiquer parce que cette pratique peut par exemple l'écœurer”*.

Certains répondants hétérosexuels estiment que la pénétration anale et la fellation peuvent être explicitement et implicitement associées au pouvoir et à la domination. Le viol anal, en particulier, est, d'après eux, une façon d'imposer le pouvoir à un autre homme. Dans plusieurs actes de relations consenties, un homme domine intentionnellement son partenaire tandis que l'autre se soumet volontairement. Cependant, les répondants HSH considèrent la pénétration anale et la fellation comme un moyen de donner et de recevoir du plaisir ou comme actes d'amour dans lesquels les concepts de domination et de soumission ne sont pas pertinents.

Des hommes trouvent certains actes sexuels agréables alors que d'autres les trouvent déplaisants. Il arrive que des hommes trouvent certains actes sexuels agréables dans certaines circonstances et désagréables dans d'autres. Dans les rapports sexuels, le plaisir vient autant de l'attitude de l'individu que de l'acte physique qu'il accomplit. Plusieurs facteurs influencent le plaisir des rapports sexuels, notamment l'état psychologique de la personne, son attirance émotive et physique envers son partenaire.

Le peu de recherches menées dans ce secteur montrent que les hommes qui ont des inhibitions importantes face aux rapports sexuels avec d'autres hommes (soit parce qu'ils vivent dans une culture où les tabous sont très forts, soit parce qu'ils ont de fortes convictions religieuses ou d'un autre ordre) ont plus de difficultés à en retirer du plaisir, à explorer leur propre sexualité et à tenir compte des besoins sexuels de leurs partenaires. Ils auraient également moins tendance à être attentifs aux messages de prévention sur le VIH et les IST concernant les rapports sexuels entre hommes. Par ailleurs, les hommes qui sont très à l'aise avec leurs préférences sexuelles sont plus à même d'apprécier les rapports sexuels, de donner du plaisir à leur partenaire, et pourraient être attentifs aux messages de prévention concernant les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes¹⁰.

Les relations sexuelles entre hommes semblent forcément fondées par une différenciation des rôles sexuels, renvoyant en même temps à des identités sociales calquées sur la distinction des genres, dont seule celle d'un homme présentant des caractéristiques féminines au niveau de l'apparence et du comportement, peut être assimilée, de l'extérieur, à l'"homosexualité". Le rôle sexuel ne se définit pas de manière arrêtée chez un individu, mais plutôt sous une forme négociée dans le cadre de chaque relation. De la sorte, la question des rôles sexuels ouvre sur celle des formes relationnelles de la sexualité, c'est-à-dire des différents types de relations qui peuvent exister entre les hommes qui ont des pratiques homosexuelles.

Voici la déclaration d'un répondant HSH: *“J'ai un partenaire régulier et d'autres qui me sollicitent occasionnellement. Mon projet est d'aller en Europe vivre normalement avec un mari de ma vie. Ici l'Etat n'autorise pas le mariage et la société ne nous tolère pas”*.

Le caractère court des liens intimes dû, pour une large part, à l'impossibilité, dans ce pays, de lier vie sexuelle et vie conjugale ou nuptiale, contraint bon nombre d'HSH de multiplier les partenaires.

Incontestablement, le modèle relationnel le plus recherché par les répondants HSH, mais qui n'est pas le plus souvent adopté, est celui du couple monogame. En effet, ceux qui disent souhaiter un tel mode de vie sont très majoritaires, même si nous n'avons trouvé aucun couple d'hommes qui vit une relation exclusive. Souvent, les personnes ont un partenaire fixe et, parallèlement, un ou plusieurs autres partenaires, occasionnels ou réguliers mais clandestins. Très peu entretiennent de front plusieurs relations suivies, avec deux ou trois partenaires par exemple. Ces deux formes sont parfois combinées, chez ceux qui ont à la fois plusieurs partenaires “titulaires” et des partenaires occasionnels. Minoritaires enfin sont ceux qui pratiquent le multipartenariat, au sens de comportements sexuels qui ne s'inscrivent pas le cadre de relations suivies mais toujours occasionnelles.

Un autre dit : *“Je suis très sollicité mais personne ne me promet une vie permanente de couple. Mon souci est d'avoir un mari avec qui je peux faire le reste de temps de ma vie. Il est malheureusement difficile de trouver un homme sérieux”*.

¹⁰ International HIV/AIDS Alliance, *op. cit.*, 2003, p. 13.

Ainsi, le modèle le plus valorisé dans le discours est celui de la relation de couple suivi et monogame. Mais en même temps, beaucoup insistent sur la difficulté de maintenir une relation exclusive, en raison des problèmes d'infidélité, de trahison, de jalousie... Cela indique que le modèle recherché n'est pas simple à mettre en pratique, soit que les personnes déplorent la difficulté de rencontrer un partenaire qui s'y conforme, soit qu'elles témoignent elles-mêmes de comportements qui s'éloignent de l'idéal qu'elles disent rechercher. Il est ainsi fréquent d'entendre les certains reprocher à leurs pairs de ne pas être "sérieux", c'est-à-dire de ne pas savoir se satisfaire d'une relation exclusive et de multiplier les partenaires.

Le fait que soient nombreux ceux qui désirent vivre une relation monogame mais que peu semblent y parvenir peut apparaître comme un paradoxe. Mais il faut, pour le comprendre, tenir compte des contraintes sociales. Si cette aspiration à la relation de couple exclusif entre personnes de même sexe reste le plus souvent insatisfaite, ce n'est sans doute pas seulement à défaut de trouver un partenaire qui s'y plierait, mais aussi en raison de son caractère socialement non admis. L'impossible rencontre d'un compagnon "sérieux" (responsable et fidèle) ne serait donc pas imputable en premier lieu aux comportements "vagabonds" des HSH, mais plutôt à une difficulté générale et partagée de vivre socialement la conjugalité entre personnes de même sexe.

En revanche, et de manière fortement liée, certains hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes en ont également avec des femmes, et très souvent simultanément. Beaucoup ont une compagne officielle. D'autres sont mariés et ont des enfants, ou ont ce devenir pour projet, conformément au modèle de vie socialement prescrit. Les hommes qui ont une compagne attitrée ne considèrent manifestement pas leurs pratiques homosexuelles comme relevant d'une conduite infidèle, y compris pour ceux qui ont également un partenaire masculin régulier. Ce fait suggère que la sexualité entre personnes de même sexe est plus souvent vécue comme une forme d'union qui ne peut équivaloir la relation hétérosexuelle ; il s'agit de deux registres relationnels distincts. C'est que la première n'a aucune chance d'être socialement acceptée comme une forme de conjugalité légitime, tandis que la seconde correspond au modèle non seulement reconnu mais aussi tout simplement attendu de chacun. Pour un homme, ne pas avoir de compagne ou de partenaire sexuelle connue de ses proches est peu pensable. Cela est dû en grande partie aux formes de socialisation que connaissent les adolescents au sein de groupes de pairs où sont largement observées, évaluées et débattues les relations (notamment sexuelles) que tous entretiennent avec les filles.

Par ailleurs, le coït anal, bien que partie prenante de l'homosexualité, pourrait aussi traduire, aux yeux de certains répondants hétérosexuels, des formes de relations de domination ou de subordination, les acteurs n'étant généralement pas de la même génération. L'écart d'âge est, en effet, important entre les partenaires. C'est progressivement que l'on observe dans les sociétés contemporaines, des partenaires homosexuels de la même génération. Dans la Grèce de l'antiquité tout comme dans l'ancienne Rome¹¹, de même que dans les prisons (comme le Centre Pénitentiaire et de Rééducation de Makala à Kinshasa¹²) ou dans la prostitution, ce coït reproduit le rapport "maître-esclave". Il y a une homosexualité que l'on peut qualifier de perverse, dans laquelle la pulsion est déviée de son but de satisfaction par des représentations, des fantasmes d'objets partiels. Ce peut être le cas lorsque le masochisme, le fétichisme, ou le sadisme, recouvrent au coït anal, représentant une forme de violence infligée ou subie, où la souffrance et l'humiliation¹³ sont des conditions d'apparition de la satisfaction sexuelle. Le sexe mâle, le pénis, permet la manifestation violente de certaines formes de pouvoir : viols systématiques lors des attaques nocturnes dans des ménages kinois par des hommes armés, pendant des guerres à l'Est de la République Démocratique du Congo ; dans les délits et crimes de la vie désormais courante dans la ville, où l'agresseur (bourreau tout puissant) viole, oblige des personnes consanguins (père-fils, etc.) à pratiquer devant les autres, l'acte sexuel pour avoir la vie sauve.

L'humiliation est une façon d'asseoir son autorité. Le plus fort triomphe de l'autre par sa fière allure tandis que l'autre se soumet "pliant la queue" selon la formule populaire, pour reconnaître sa place de subordonné dans cette relation. Mais chacun aspirant au "respect", il est logique de trouver un plus faible que soit, à soumettre, à "sodomiser". Ainsi se construit une hiérarchie, une pyramide de pouvoir, où l'autorité du sommet a probablement "enculé", comme on dit, tous ceux de la base¹⁴. La contrepartie en est l'appartenance, le marché, la promotion, la "réussite". En effet, qui sont les personnages incriminés ? On parle souvent de ceux qui détiennent réellement ou symboliquement un certain pouvoir. Ceux qui aux yeux du commun de la rue, ont "réussi" ; ne sont-ils pas tous des "enculés" ? On parle, dans ce cas, des certains chefs d'entreprises.

¹¹ C. Spencer, *Histoire de l'homosexualité. De l'antiquité à nos jours*, Paris, Ed. Le pré aux clercs, Coll. Agora, 2005, pp. 50 .

¹² A propos de la prison de Makala, lire G. Musenge Mwanza, *op. cit.*, 2010, pp. 78-81.

¹³ G. Musenge Mwanza, "La prostitution homosexuelle masculine des "shegues" à Kinshasa : un problème de pauvreté et de marginalité dans une ville congolaise", in Mohammed-Bello Yunusa (sous dir.), *Enfants de la rue et jeunes marginalisés : Conditions de vie des enfants et des jeunes marginalisés*, CODESRIA, Dakar, Sous presse.

¹⁴ G. Musenge Mwanza, *op. cit.*, Sous presse.

Le pouvoir de l'argent suffit à mettre en ordre le fonctionnement dans l'impunité absolue, d'un système de prostitution et de compromission où l'offre et la demande rétablissent les valeurs de la relation maître-esclave. La valeur marchande du corps vient suppléer le vide de la non-valeur intrinsèque des individus. Peu importe qu'ils soient intelligents, travailleurs, dévoués, qualifiés, etc..., les prétendants à une quelconque promotion, sont sommés de renoncer à leur amour propre, à leur dignité, et à s'humilier comme dans toute prostitution, pour accéder à ce qui se présente comme le gain ou la contrepartie présumée nécessaire ou vitale. Un mécanisme mental, vraisemblablement lié à la légitimation de la débrouillardise, parvient au travestissement collectivement validé des valeurs. A ce propos, on peut lire Amely James Koh Bella¹⁵ révélateur d'un marasme culturel, seule coupable de justifier une telle pollution psychologique.

Il s'agit de comportements de recherche de plaisirs réels, sur le plan social, considérés comme hors norme, déviés, contre-nature, etc... Ce sont des agissements qui sont susceptibles d'après les représentations sociales, de nuire aux autres. L'opinion publique, abusée qu'elle se perçoit, par les détenteurs du pouvoir, que celui-ci soit économique, politique, administratif, médiatique, réel ou symbolique, adopte vis-à-vis de cette élite "corrompue", une attitude de méfiance.

Un répondant hétérosexuel a déclaré ce qui suit : *"L'homosexualité rend des services autres que la satisfaction sexuelle. On prétend que l'homosexualité donne certaines forces surnaturelles ou extraordinaires qui peuvent aider à atteindre certains objectifs sociaux"*.

Il est question de dénoncer cette usurpation en recouvrant de vilénie, une image de prestige et de réussite acquis par compromission. Ce qui est intolérable, c'est le complexe d'infériorité et de nullité qui s'impose grâce au métier d'imposteur, à une opinion laborieuse et désespérée, à qui les chemins de la réussite par l'effort et le mérite sont fermés. Une opinion qui refuse de valider la dissonance comme base permanente de fonctionnement, et qui, faisant feu de tout bois, va essayer d'annuler cette dissonance en "justifiant" l'injonction de l'élite : "entrez dans le rang si vous voulez réussir", par des objections qui fassent sens : "c'est contre-nature" ; c'est incompatible avec la tradition congolaise ; c'est puni par la loi, etc.

La société congolaise assise sur un socle traditionnel est conservatrice. Il est important de souligner à ce propos que les médias kinois ont dénoncé l'exploitation homosexuelle pratiquée par les agents de la Mission de l'Organisation des Nations Unies au Congo.

Il y a donc, une collision entre l'homosexualité authentique, qui n'a pas besoin de se rechercher ailleurs que dans l'identité sexuelle des concernés, et des pratiques occultes, mafieuses et sans doute criminelles qui instrumentalisent le sexe. Faudra-t-il y voir la recherche par les acteurs de ces pratiques, d'un bénéfice qui déborde la quête d'un orgasme ? Il faudrait donc resituer la problématique du côté du rapport entre le sexe, le diable et l'argent. Autrement dit, le pouvoir et les conditions de son appropriation exclusive.

¹⁵ A. J. Koh Bela, *La prostitution africaine en occident: vérité, mensonges, esclavage*, CCINIA, 2005.

3. CONNAISSANCE DES REpondANTS EN MATIERE DES IST ET VIH/SIDA

Il s'agit, dans ce paragraphe, d'établir la connaissance, dans toute sa diversité, que les répondants homosexuels ont des IST, d'une part et du VIH/Sida, d'autre part. Plus précisément, les sources de connaissance, la connaissance des modes de transmission, de manifestation et de prévention de ces maladies sont inventoriées, pour mesurer le niveau réel de connaissance et permettre une politique d'intervention adéquate. Les conceptions erronées sur l'infection par le VIH/Sida peuvent conditionner les attitudes et les comportements vis-à-vis de cette infection. Au cours de l'enquête, une série de questions ont été posées aux enquêtés pour évaluer leur niveau de connaissance correcte concernant la transmission et la prévention de l'infection.

3. 1. Connaissance des IST

L'évaluation de la connaissance des IST aux répondants homosexuels révèle que ceux qui connaissent au moins une IST, ont cité dans la plupart des cas la blennorragie (quarante-trois) et la syphilis (vingt-six personnes).

Si la plupart de personnes homosexuelles ont pu donner au moins un nom d'IST, il y en a deux (exclusifs, l'un a 17 ans et l'autre 15) qui n'en savent rien. C'est, peut-être, à cause de leur jeunesse et de peu d'expériences sexuelles. La méconnaissance des noms ou même de l'existence des IST est donc une réalité qu'il faut prendre en compte.

Au sein de la majorité qui en a la connaissance, il se pose aussi des problèmes de confusion. Si des noms des IST courantes comme la blennorragie, la syphilis, la gonococcie, la chaude pisse, etc... sont donnés par certains d'entre eux, il y en a qui confondent encore celles-ci au VIH/Sida ou encore à leurs symptômes comme la fièvre, sensation de brûlure, etc. Il y en a qui ont parlé de fièvre typhoïde et d'hépatite virale comme IST. Par ailleurs, d'autres confondent ou ne savent pas distinguer les symptômes de ces infections (brûlures, démangeaisons, écoulement de pus). Cela montre assez clairement que nos enquêtés ont des connaissances insuffisantes et à la limite erronées sur la nature des IST et leurs symptômes. Enfin, des confusions sont aussi faites entre des synonymes comme gonococcie et blennorragie. Pire, des confusions sont faites avec des maladies virales comme l'hépatite.

Toutefois, il faut noter, à côté de ces confusions, le niveau de connaissance assez remarquable de certains enquêtés (au cours des entretiens) sur certaines IST dont ils décrivent les manifestations, le degré de gravité et les complications.

Si les personnes interrogées dans l'enquête reconnaissent avoir eu des symptômes d'infection, pénis ou anaux, la plupart évoquent des causes non virales ou bactériennes : la mauvaise hygiène, les aliments épicés, la lubrification insuffisante, la masturbation, etc.

Les principales sources d'informations sur les IST citées par les répondants sont la radio pour certains et/ou la télévision pour d'autres. Certains enquêtés sont informés à l'école. Les amis et parents constituent aussi des sources d'information non négligeables. Un

répondant de 37 ans a cité les journaux parmi ses sources d'informations sur les IST. Aucun des répondants interrogés n'a vraiment cherché à avoir des informations chez les personnes mieux indiquées comme les médecins ou autres agents de santé. De même, les enquêtés ne s'adressent pas aux structures ou formations médicales pour s'informer sur ces infections. Si la plupart de ces répondants estiment être satisfaits par la connaissance qu'ils en ont, les autres qui n'en ont pas, auraient pu combler leurs lacunes, en allant consulter un médecin, en demandant à voir des infectés pour s'en convaincre, en allant dans des ONG comme Médecins sans frontière.

Une femme médecin a raconté avoir reçu un "passif" dans son cabinet. Pendant la consultation, le patient lui dit : *"touche-moi lentement cette partie est réservée à mon chéri"*. Le médecin ne comprenant rien, lui a posé des questions pour en savoir plus. Il a compris que son patient est un HSH passif voulant privilégier la partie anale pour son partenaire. Après il l'a chassé, refusant de poursuivre la consultation. *"Je ne peux pas perdre mon temps et intelligence pour consulter un pédé. Il a même l'audace de se dire femme comme moi. Si lui, homme, se dit femme, et moi, qui suis-je ?"*, a dit le médecin.

Le fait pour les HSH de ne pas se rendre dans ces centres de santé ou de s'y rendre en cachant leur orientation sexuelle, les place dans une situation d'exclusion à la fois subtile et évidente. Subtile parce que les services leur sont accessibles en tant que citoyens et non pas en tant que personne homosexuelle. Evidente parce qu'il n'existe pas de services, dans le cadre de la lutte contre les IST et le VIH/Sida, qui leur sont adressés en tant que personne homosexuelle.

La peur de la stigmatisation a, quant à elle, des conséquences dramatiques sur l'accès aux soins. Pour les mêmes raisons, le rapport au corps médical dans son ensemble semble largement compromis (des moqueries du personnel médical). Mépris et non-respect de la confidentialité de la part des soignants sont évoqués, et parfois davantage. "Aller dans un centre de soins, c'est tout simplement suicidaire. L'HSH patient risque d'être dénoncé par le médecin, quand il ne refuse pas tout simplement de le soigner", rapportent certains répondants. Il y a, dans ce cas, un évident lien entre la faible fréquentation des centres de soins de santé et la peur de discrimination du patient homosexuel par le corps médical. Pour ce, un répondant HSH souhaite la mise en place des centres de santé d'accueils spécifiques avec des médecins choisis pour le dépistage et soins de la communauté homosexuelle.

3. 2. Connaissance du VIH/Sida

Tous les répondants connaissent l'existence du VIH /Sida et les modes de transmission par la voie hétérosexuelle non protégée, les objets tranchants aussi. Trente-trois sur cinquante-neuf enquêtés HSH savent que le VIH/Sida peut se transmettre par la transfusion sanguine et vingt-neuf par la transmission de la mère à l'enfant. Par contre, l'ignorance et les confusions résident au niveau des voies supposées de transmission, telles que les piqûres de moustiques, le partage des repas avec les malades ou les infectés. Les mêmes réactions sont relevées en ce qui concerne les manifestations de la pandémie. Certains croient, par exemple, qu'un individu

de bonne apparence physique ne peut pas être séropositif. Parallèlement, d'autres affirment pouvoir reconnaître un séropositif, par des taches de rousseur sur les lèvres ou le visage et l'apparence physique ; autant d'idées fausses que de difficultés à relever sur la voie de prévention.

Par ailleurs, tous les répondants HSH ne pensent pas que leur pratique sexuelle particulière les expose plus ou moins que les hétérosexuels. Les raisons de cette vulnérabilité seraient, comme pour toute population aussi, le manque d'informations sur la prévention et la non-protection (tous les répondants HSH), l'appât du gain (neuf), l'isolement dû à la stigmatisation sociale, le manque de contrôle de soi devant le sexe, l'ignorance des voies de transmission, l'infidélité (tous les répondants HSH), etc.

Un répondant HSH dit : *“Comment peut-on attraper le sida si on ne couche pas avec une femme”* ? Un autre : *“Nous sommes vierges car nous n'avons jamais couché avec des femmes, donc nous ne pouvons pas attraper cette maladie”*.

Aux termes de ces réflexions, on est retourné à la vieille expression médicale selon laquelle toute maladie vénérienne était *“une maladie de femmes”*.

Certains répondants HSH l'expliquent par ces raisons :

- premièrement, ils prennent suffisamment de précautions pour bien lubrifier l'anus de telle sorte qu'il n'y ait pas de lésion qui laisserait s'infiltrer le sperme de l'actif dans les parois de l'anus du passif ; ce qui, du coup, ne créerait aucun risque de transmission.
- Deuxièmement, le passif ne garde pas le sperme de l'actif, il défèque avec juste après l'acte sexuel.
- Troisièmement, c'est seulement l'actif qui jouit, ce qui réduit le risque de contamination, alors que chez les hétérosexuels, c'est l'homme et la femme qui jouissent en même temps, ce qui augmente le risque de contamination.

Dans les entretiens, le VIH/Sida apparaît d'abord sous la figure de la mort (implicitement associée à la sexualité), du tabou et du stigmaté. Les répondants ont entretenu une image de véritable terreur, puisque l'association prédominante est qu'avoir le sida, c'est mourir tout de suite. La panique sociale et morale a mené au déni et à une perception généralisée des risques, d'autant plus que l'information véhiculée n'est pas précise, au sens biomédical.

Plusieurs obstacles quant à la capacité de se prémunir de la contamination émergent des entretiens. D'une part, la majorité de répondants HSH ne se sent pas concernées par le VIH, ce qui va de pair avec l'absence d'une quelconque attitude de prévention. Les personnes rencontrées renvoient au fait que peu de campagnes de prévention semblent avoir été organisées et qu'une information de qualité relative au VIH/Sida n'est pas disponible. Le sida est resté dans les mémoires sous l'image d'une maladie provoquant une mort totale, foudroyante et inévitable. La peur de cet événement terrible a manifestement entraîné une mise à distance. Le déni se manifeste clairement dans l'ignorance relative à la contamination. A la peur et au déni se rajoutent le tabou, le stigmaté et l'exclusion. Se défaire du stigmaté

revient à stigmatiser un autre groupe, dans un double mouvement, puisque le passage se fait de “sida = hétérosexuel = femme”. On peut émettre l’hypothèse que ce glissement défensif a également participé du déni, puisque le sida est devenu une maladie qui ne concerne pas les homosexuels.

Aux réponses des répondants, on dirait que l’information sur le VIH est peu disponible et peu diffusée au sein de l’entourage. Les responsables des associations interrogés disent qu’ils ne parlent pas de la prévention du VIH et des IST dans leurs réunions. Ceci témoigne du secret et du stigmatisme entourant le sida. Les personnes diagnostiquées font d’ailleurs très peu part de leur maladie à l’entourage. L’absence de connaissances et de communication exercent un poids déterminant sur les prises de risque. Peu informés, les répondants entretiennent une perception de la contagiosité du VIH reposant sur une estimation amplifiée de risques non avérés¹⁶, ce qui va de pair avec une perception de risques généralisés. La situation d’exposition n’est pas perçue avec précision et les personnes ont donc très peu d’emprise sur celle-ci. En conséquence de cette non identification de risques réels, les personnes n’ont pas recours au test de dépistage de leur propre initiative.

On considère qu’un individu a une connaissance complète du VIH/sida lorsqu’il sait qu’on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms et en limitant les rapports sexuels à un seul partenaire fidèle et qui n’est pas infecté, lorsqu’il rejette les idées erronées les plus courantes à propos de la transmission du sida et lorsqu’il sait qu’une personne paraissant en bonne santé peut avoir le virus du sida. La promotion des comportements sexuels sans risque fait partie des mesures destinées à contrôler la propagation du VIH/sida¹⁷.

On constate ici non seulement le silence du pouvoir public dans les stratégies nationales de lutte contre les IST, le VIH et le sida, mais aussi celui des responsables avertis des associations homosexuelles pouvant désormais intervenir sur toutes les actions de prévention avec offre de dépistage auprès des hommes ayant des relations sexuelles avec d’autres hommes (HSH).

Ici, la chaîne de contamination au VIH serait brisée par le dépistage rapide qui permettrait non seulement de conserver un maximum de chances thérapeutiques pour préserver sa santé, mais il agit aussi sur la dynamique de l’épidémie : les personnes qui se savent séropositives adapteraient leur stratégie de prévention, et bénéficieraient d’un traitement qui, à terme, réduirait de façon drastique la transmission du virus dans la communauté.

¹⁶ L’estimation amplifiée de risques non avérés “concerne l’estimation de risques de transmission par la salive, par une piqûre de moustique, le partage des repas avec les malades ou les infectés, etc.”

¹⁷ République Démocratique du Congo, *Enquête démographique et de santé*, Calverton, Maryland, USA, Macro International, Août 2008, pp. 213 et 218.

4. EXPERIENCE SEXUELLES DES REpondANTS

Malgré l'apparente évidence de la notion de "rapports sexuels", à la lecture des réponses des enquêtés HSH, on perçoit que son sens est loin d'être univoque. La signification individuelle apportée à un même acte ou à une succession d'actes sexuels peut varier d'une personne à une autre et selon le contexte situationnel¹⁸. C'est ce que viennent confirmer les divers sens donnés par les enquêtés homosexuels aux expressions *rapports sexuels*, *actes sexuels* et *expériences sexuelles*, couvrant une échelle assez large qui va des jeux enfantins sexués jusqu'aux seuls rapports de pénétration. D'ailleurs pour treize répondants homosexuels, la recherche du plaisir est un aspect essentiel dans une relation sexuelle ; elle correspond à l'obtention d'un orgasme et à la pénétration comme passage obligé lors d'un rapport sexuel. Un répondant homosexuel ajoute que la masturbation ou la fellation (réciproques ou pas) sont des relations "épistolaires" sans conséquence, en ce sens qu'elles pourraient ne pas engager sur un amour profond, alors que la sodomie engage vers une intimité affective. On retrouve cette représentation de l'acte de pénétration comme étant sexuel total. De même pour la femme qui accorde généralement une importante valeur affective et symbolique à la pénétration vaginale (davantage encore pour ce qui relève de la pénétration anale) qu'elle envisage avec un homme pour qui elle éprouve un sentiment fort. C'est le cas des autres répondants qui évoquent la pénétration anale comme une pratique réservée à leur partenaire régulier. Il est intéressant de remarquer que ces répondants considèrent la pénétration comme la pratique qui définit le rapport sexuel par excellence. La pénétration reste donc le signifiant du rapport sexuel. Ceci souligne la haute valeur symbolique qu'on confère à la pratique anale.

Pour les hétérosexuels qui expliquent l'abomination de l'homosexualité masculine par la pénétration anale, on dirait que l'évitement de la sodomie peut être ainsi une règle de conduite à suivre expressément, pour ne pas "sombrier" dans l'homosexualité. Cette idée d'accorder une faveur de pénétration anale à quelqu'un pour lequel on éprouve un sentiment amoureux peut renforcer la peur de passer le pas de l'homosexualité, par le biais de la sodomie. Ce qui reste à croire que dans la stigmatisation, comme dans l'auto-stigmatisation de l'homosexualité, la pénétration anale est considérée comme la pratique, à part entière et exclusive de la sexualité entre hommes. Dans ce cas, éprouver de l'amour pour un homme c'est commencer à entamer une conversion ou une reconversion identitaire pouvant mener à la "visibilisation" de son homosexualité. Pourtant, devenir personne homosexuelle et surtout le manifester, exige un parcours jonché de difficultés qui ne conduit pas forcément à une identité assumée en toutes circonstances.

Huit répondants ont une perception différente de ce que sont les pratiques qui caractérisent un rapport sexuel : l'orgasme (jouissance) et, d'une manière plus générale, le plaisir sexuel semblent définir le rapport sexuel, la façon d'y parvenir n'étant pas de plus essentielles. Pour certains, l'orgasme ne nécessite pas une simultanéité, le plaisir sexuel restant essentiellement personnel, même s'il est partagé. En revanche, considérer l'orgasme comme le but qui définit un rapport sexuel semble assez répandu. Kinsey (1948) l'avait déjà

¹⁸ P. Davies et alii, *Sex, Gay Men and Aids*, Londres, The Falmer press, 1993, p. 52.

utilisé comme moyen de “mesurer”, dans son ouvrage sur la sexualité de l’homme. D’ailleurs, en France, les représentations sociales majoritaires ont tendance à considérer l’orgasme comme essentiel lors d’une relation sexuelle, puisque les trois quarts des hommes et des femmes répondants à l’enquête ACSF considèrent que sans lui un rapport sexuel “peut être frustrant”.¹⁹

Pour d’autres répondants, l’importance de l’orgasme comme étant ce qui définit, par excellence un rapport sexuel, est nuancée. Si, pour quelques-uns, les simples attouchements représentent déjà une expérience sexuelle, pour d’autres, ce n’est le cas que s’ils sont accompagnés d’une certaine jouissance, pas nécessairement liée à une pénétration. Il y en a aussi qui considèrent la pénétration comme une pratique parmi d’autres lors d’une relation sexuelle. Ici, certains considèrent qu’une vraie sexualité implique des contacts corporels réciproques et poussés (caresses, massage aussi érotisme lié à la découverte mutuelle des corps) et non circonscrits à des contacts génitaux.

Deux répondants ont déclaré que la sodomie et la fellation n’impliquent pas un vrai plaisir, cela parce qu’elles sont liées à une nécessité quelque peu compulsive. Il y a aussi certaines opinions personnelles qui sont circonstancielles ou nuancées. Dans le premier cas, les répondants considèrent que ce qui définit un rapport sexuel est l’investissement affectif entre les partenaires plutôt que les actes pratiqués entre eux. Pour la seconde catégorie de personnes, il existe une graduation toute particulière pour échelonner les contacts sexuels, ce qui permet à certaines d’entre elles de ne pas les considérer comme des relations sexuelles “complètes”.

Suivons ces propos d’un enquêté homosexuel : *“Un matin, j’ai été abordé par un gentil monsieur. Il avait cette manière de me regarder, de me toucher, qui exprimait plus qu’il n’en laissait paraître. Comme il habitait le quartier, je me rendais aussi chez lui. Il s’était vite développé entre nous un réel attachement. Cet homme avait le verbe. Il parlait bien. Il me disait qu’il m’aimait et qu’il voulait m’initier à la vie sexuelle. Il m’a fait une belle cour. C’est avec lui que j’ai appris l’école buissonnière. Tous les jours, je le retrouvais chez lui et on faisait l’amour. Il n’a pas eu le temps de me pénétrer. J’étais réticent et je voulais aussi prendre mon temps. Il y a un tel plaisir de se faire désirer... Sa maison était devenue un véritable nid d’amour et on couchait dans son lit.”*

Nous constatons que si la pénétration anale n’est pas l’unique paramètre pour définir un rapport sexuel, elle reste toutefois la référence sociale principale. D’un point de vue culturel plus large, et dans un contexte hétérosexuel, cela peut s’expliquer par l’association séculaire entre rapports sexuels et procréation. La dissociation, socialement admise depuis quelques décennies dans de larges couches de la société, a permis dans certains milieux l’existence d’une vision hédoniste de la sexualité. Néanmoins, les mœurs restent imprégnées par l’idée que la jouissance sexuelle est nécessairement liée à une pénétration, qui associe l’orgasme à l’éjaculation.

¹⁹ Br. Spencer, “Le safer sex et les rapports dits ‘sans pénétration’ : est-ce bien normal ?”, in R. Mendès-Leite, *Sociétés (39). Sexualités et sida*, Paris, Dunod, 1993, p. 60.

La pénétration anale est pendant longtemps (et d'une certaine manière reste encore) la pratique sexuelle socialement associée aux comportements homosexuels, ce qui est renforcé par l'expression "sodomie", même si en principe celle-ci fait aussi référence à des rapports anaux entre homme et femme. De nos jours, plusieurs recherches ont montré que la pénétration anale n'est pas la pratique sexuelle la plus répandue chez les homosexuels masculins²⁰, mais qu'elle reste très importante parmi un certain nombre d'hommes ayant des pratiques sexuelles avec d'autres hommes²¹. A Kinshasa, 7 à 14 % des prostituées ont eu au moins une fois des rapports sexuels anaux en 1991²². Elle est liée au désir d'intimité et d'échange²³ ainsi que, plus rarement, aux fantasmes de domination ou de soumission. Néanmoins, si l'on effectue une comparaison entre les déclarations des hommes hétérosexuels et les réponses des hommes homosexuels, les premiers sont nettement plus nombreux (59 %) que les seconds (25 %) à associer rapport sexuel et pénétration²⁴. D'ailleurs, le sens qui est culturellement donné à la pénétration vaginale est fort différent de la signification sociale de la pénétration anale, surtout vis-à-vis du partenaire récepteur (passif).

Toutes ces pratiques participent de façon différente au risque de transmission selon leur nature et leur fréquence. Le risque de transmission est plus élevé lors de rapports anaux que vaginaux. Plus que la fréquence des rapports sexuels, ce sont les types de pratiques qui influent sur la transmission. Des enquêtes de séroconversion ont montré que lors des rapports anaux, le risque d'infection est plus élevé²⁵. La majorité des études distingue les pratiques vaginales, anales et orales²⁶. Les données sur la fréquence des pratiques anales ou orales sont rares en République Démocratique du Congo.

²⁰ M. Bochow, "Les déterminants des comportements à risque", in R. Mendès-Leite (sous dir.), *Sociétés (39). Sexualités et sida*, Paris, Dunod, 1993, pp. 47-55 ; P. Davies et alii, *Sex, Gay Men and Aids*, Londres, The Falmer press, 1993 ; M. Pollak, *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, A. M. Métailié, 1988.

²¹ Lors de leur enquête auprès des bisexuels de deux sexes à San Francisco, Weinberg, Williams et Pryor (1994 : 255) ont constaté qu'environ deux tiers d'hommes ayant participé à l'enquête en 1983 pratiquaient au moins une fois par mois le sexe anal dans un rôle réceptif (passif) et à peu près 60 % dans le rôle insertif (actif). Dans la deuxième partie la recherche réalisée en 1988, les fractions sont respectivement de moins d'un cinquième et d'environ un tiers d'effectifs. Ici, on peut aussi lire : M. Van Kerkhoh, O. de Zwart et Th. Sandford (Sous dir.), *Van Achteren Bekeken (Vu de l'arrière)*, Utrecht, *Homostudies*, Universiteit van Utrecht, 1995.

²² N. Zila, M. Laga, M. A. Thiam et alii, "HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa", in *AIDS*, vol. 5, n°6, 1991, pp. 715-721.

²³ M. Bochow, "La sexualité à risque existe-t-elle ?", in R. Mendès-Leite (Sous dir.), *Un sujet inclassable ? Approches sociologiques, littéraires et juridiques des homosexualités*, Lille, Cahiers GKC, 1995, pp. 157-168.

²⁴ A. Spira et alii, *Les comportements sexuels en France*, Paris, La Documentation française, 1993.

²⁵ N.S. Padian, S. C. Shiboski, N.P. JEWELL, "The effect of number of exposures on the risk of heterosexual HIV transmission", in *Journal of Infectious Diseases*, 161, 1990, pp. 883-887 ; I. de Vincenzi, "A longitudinal study of human immunodeficient virus transmission by heterosexual partners", in *New England Journal of Medicine*, vol. 331, n°6, 1994, p. 341.

²⁶ S. Gupta, R. Anderson, R. May, "Networks of sexual contacts : implications for the pattern of spread of HIV", in *AIDS*, n°3, 1989, pp. 807-817 ; P. Piot and M. Laga, 1994, "Epidemiology of AIDS in the developing world", in Broder et al. (eds), *Textbook of AIDS medicine*, London, William and Wilkens, 1994, pp. 109-132 ; A. Buve, M. Caraël, R. Hayes, J. Robinson, "Variations in HIV prevalence between urban areas in sub-saharan Africa : do we understand them ?", in *AIDS*, n°9 (suppl A), 1995, pp. 103-109.

5. LES CRITERES ET LE NOMBRE DES PARTENAIRES SEXUELS

Il y a lieu de se questionner sur la très grande liberté sexuelle dont font montre les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. En effet, suivant les témoignages recueillis dans le cadre de la présente étude, il est rare de retrouver des HSH engagés, de façon durable, dans des relations de couple. Presque tous ont éprouvé une certaine difficulté à contrôler combien ils ont connu de partenaires sexuels au cours des douze derniers mois précédant l'étude. Cette vitesse à laquelle les relations de couple se font et se défont, augmente les risques d'infection au VIH/Sida chez les HSH.

En plus de l'instabilité des relations de couple et du caractère éphémère de ces dernières, il se pose également le problème de la fidélité dans le milieu des HSH. Le multipartenariat semble être la règle chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes. Peut-être que l'incertitude et l'insécurité associées aux relations de couple entre personnes homosexuelles pourraient justifier la banalisation de l'infidélité chez les HSH.

Illustrons nos propos par la déclaration d'un enquêté HSH : *“Vous savez, c'est un superbe univers que celui de l'homosexualité. Il est vrai qu'à Kinshasa, on agresse impunément les SHS, que ces derniers doivent se cacher et se sentent moins libres que les voleurs. Mais moi, je ne suis pas vraiment exposé à toutes ces pratiques de stigmatisation et de discrimination. Je ne suis pas vraiment efféminé et cela n'est pas écrit sur mon front que je suis un ‘pédé’. Oui, je le suis. Je l'assume. Et même, je suis un fin séducteur. Depuis ma plus tendre enfance, je ne peux pas voir les beaux garçons de mes yeux. Dès que je vois un, tous mes sens s'allument et je ne pense qu'à une chose : le séduire. J'ai le verbe et le contact faciles. Quand un homme m'intéresse, je m'arrange pour lier connaissance avec lui. Je finis toujours par trouver un moyen. Ça peut être dans la rue, au restaurant, dans un espace administratif. Je ne me fatigue jamais d'aller à la chasse. Mes armes : mon apparence physique, la parole, le regard, la gestuelle, les cadeaux. Les Kinois croient en les gens bien habillés, qui sentent bon, qui parlent un bon français, qui sont généreux. Moi, je le sais et je joue là-dessus. Je choisis bien mes proies. Je les préfère plus jeunes que moi. J'ai un flair particulier pour reconnaître ceux qui ont des questions sur leur identité sexuelle, qui se cherchent encore et qui ne savent pas avec certitude s'ils sont hétérosexuels ou homosexuels. Ceux-là sont plus faciles à convaincre. Et puis après, c'est un plaisir pour moi de m'occuper de leur initiation.”*

Les problèmes liés à une diversité de définitions de “rapports sexuels” ou “relations sexuelles” nous renvoient également à l'élément “nombre de partenaires sexuels”, habituellement présent dans les recherches sur la sexualité, et particulièrement dans celles à caractère quantitatif. Ainsi, si l'on considère qu'un partenaire sexuel est quelqu'un avec qui l'acteur social a eu des relations sexuelles, l'existence ou non d'un sentiment amoureux peut entrer en ligne de compte, surtout en ce qui concerne les femmes, qui sont plus induites culturellement à associer (ou plutôt à ne pas dissocier) sexualité et sentiments. Ainsi,

Spencer²⁷ observe “*qu'étant donné qu'elles (les femmes) valorisent plus l'engagement affectif, elles pourraient considérer qu'une personne avec qui elles n'ont eu qu'un ou deux rapports n'est pas un partenaire sexuel*”.

Il faut peut-être rapprocher cela de ce qu'affirme Béjin²⁸ à propos de la sous-déclaration du nombre de partenaires sexuels par les femmes, due, selon lui, à une “sélection” en fonction des actes accomplis. Cela dit, s'il ne paraît guère difficile pour les individus ayant eu peu de partenaires sexuels de se remémorer leur nombre, pour les multipartenaires, il n'en va pas de même ; de plus, il est rare que ces derniers gardent en tête une “comptabilité” de leurs partenaires sexuels, surtout de ceux rencontrés dans un contexte de sexe de groupe²⁹ ou de sexe impersonnel. La difficulté pour les répondants de cette enquête à préciser le nombre de partenaires masculins est assez répandue. Par contre, les individus qui n'ont pas de difficulté à chiffrer leurs partenaires sexuels sont ceux qui en ont eu un nombre très inférieur à celui déclaré par les autres enquêtés. Ici, les bisexuels ont au moins deux partenaires réguliers (une femme et un garçon), mais les homosexuels masculins ont au moins un partenaire régulier.

Les bisexuels évaluent un peu plus aisément le nombre de leurs partenaires femmes. S'ils déclarent un nombre de partenaires masculins oscillant entre quelques unités et plusieurs dizaines, celui de leurs partenaires du sexe opposé se situe plutôt aux unités. Ceux qui ne sont pas très sûrs de leur estimation sont plutôt homosexuels masculins.

Le nombre plus élevé de partenaires du sexe masculin peut s'expliquer par plusieurs facteurs. D'une part, les rituels de séduction hétérosexuels sont plus longs, demandent plus de temps et d'investissement que leurs équivalents entre hommes. Selon les répondants, la maximalisation des résultats obtenus (l'aboutissement par des rapports sexuels) est aussi plus importante lors de la “drague” homosexuelle masculine qu'entre deux personnes de sexe différent. D'autre part, les implications sociales du multipartenariat des femmes et du multipartenariat des hommes sont fort différentes, avec une certaine valorisation de ce dernier au détriment de l'autre. En tout état de cause, les perceptions différentielles du multipartenariat ont une implication directe dans les réponses obtenues à une telle question.

On peut considérer comme multipartenaires des personnes ayant eu des contacts sexuels avec plusieurs individus, bien que leurs pratiques n'impliquent nullement la pénétration. Pourtant, du point de vue “officiel” de la prévention du sida en République Démocratique du Congo, on a tendance à considérer le multipartenariat (plus d'un partenaire hétérosexuel au cours de la dernière année) comme un indicateur de risque majeur, surtout lorsqu'il est associé à la pénétration et, d'une façon plus étendue, à l'échange de liqueurs corporelles. Même si la pénétration est pratiquée avec préservatif, la logique statistique et probabiliste veut que les risques “d'accidents de parcours” soient multipliés. Or, si un nombre de partenaires

²⁷ Br. Spencer, “Contexte normatif du comportement sexuel et choix des stratégies de prévention”, in M. Bonzo et H. Leridon (éd.), *Population* (48, 5), *Sexualité et Sciences Sociales*, Paris, Presses Universitaires de France, 1993, p. 1449.

²⁸ A. Béjin, “La masturbation féminine en France. Un exemple d'estimation et d'analyse de la sous-déclaration d'une pratique”, in M. Bonzo et H. Leridon (éd.), *Idem.*, p. 1449.

²⁹ Un cas de sexe en groupe : mon premier répondant (un passif) en 2006 est décédé en 2010 du viol par sept personnes masculines.

supérieur à l'unité ne signifie pas nécessairement l'existence de rapports de pénétration, l'équation "multipartenariat = recrudescence de la prise de risque" se doit être discutée³⁰. Elle ne semble pas, en tout cas, devoir être plus dangereuse que la monogamie d'un couple sérodiscordant³¹.

Au fait, si le nombre de nouveaux partenaires des acquis par unité de temps est élevé et si la proportion des personnes homosexuelles ayant des relations sexuelles occasionnelles et/ou "commerciales" est grande, le risque d'être exposé au VIH est plus important et peut aboutir à un niveau de prévalence élevé. L'expansion de l'épidémie à Kinshasa dépend aussi du nombre de cas secondaires d'infections par cas primaires.

La notion de nombre moyen de partenaires par unité de temps est l'une des plus importantes, car c'est le nombre de cas secondaires potentiels pendant cette période. Il faudrait pouvoir tenir compte du statut d'infection des partenaires, comme aucun répondant HSH n'utilise les préservatifs pour chaque relation, pour connaître réellement le risque de transmission selon l'intensité de l'exposition³².

Pour Anderson (1991)³³, si le coefficient de transmission est défini par la probabilité de transmission par partenaire par unité de temps, la plus importante mesure des comportements sexuels est le nombre moyen de nouveaux partenaires par unité de temps. Piot et Laga (1994)³⁴ ont repris cette notion, mais ajoutent que le statut d'infection du partenaire est aussi important. Blythe et Castillo-Chavez (1989)³⁵, Buvé et les autres (1995)³⁶, considèrent le nombre moyen de partenaires par unité de temps comme un des éléments définissant les classes d'activité sexuelle qui montrent l'hétérogénéité de l'activité sexuelle. C'est la proportion des hommes et femmes dans les différentes classes d'activité sexuelle, poursuivent-ils, qui importent.

Si tous ces auteurs montrent l'importance du nombre moyen de nouveaux partenaires par unité de temps, il est remarquable que cet indicateur n'apparaisse pratiquement jamais dans les résultats d'enquête. La moyenne du nombre de nouveaux partenaires cache l'hétérogénéité qu'il peut exister dans les comportements. C'est pourquoi les résultats d'enquête présentent plus souvent la distribution des répondants par classe de nombre de

³⁰ Pour une critique concernant l'association entre multipartenariat sexuel et prise de risque, lire R. Mendès-Leite, "Comment ou combien ? Multipartenariat sexuel et gestion des risques du sida", in *Quel corps ? Construction sexuelles*, 1995, pp. 47, 48, 49.

³¹ Nous empruntons le concept "Sérodiscordant" de Christophe Broqua, "Amour entre hommes et prise de risque : l'intimité des couples sérodiscordants", in *Transcriptase (40)*, Paris, Pistes, 1995.

³² B. Ferry, "Systèmes d'échanges sexuels et transmission du VIH/sida dans le contexte africain"

³³ R. M. Anderson, "The transmission dynamics of sexually transmitted diseases : the behavioural component", in J. Wasserheit, S. Aral and K. Holmes (eds), *Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era*, Washington, American Society for Microbiology, 1991, pp. 38-60.

³⁴ P. Piot, M. Laga, "Epidemiology of AIDS in the developing world", in Broder et alii (eds), *Textbook of AIDS medicine*, London, William and Wilkens, 1994, pp. 109-132.

³⁵ S. Blythe, C. Castillo-Chavez, "Like with like preference and sexual mixing models", in *Mathematical Biosciences*, n°96, 1989, pp. 221-238.

³⁶ A. Buvé, M. Caraël, R. Hayes, J. Robinson, "Variations in HIV prevalence between urban areas in sub-Saharan Africa : do we understand them ?", in *AIDS*, n°9 (suppl A), 1995, pp.103-109.

partenaires³⁷. Face à ce problème, Anderson (1991)³⁸ propose de saisir l'hétérogénéité du taux moyen de changement de partenaires par le calcul et la prise en compte de la variance de la moyenne.

Désormais, l'infectivité d'une personne infectée est plus élevée dans la première phase de son infection et en fin de vie lorsque les maladies se déclarent (période de haute virémie). Si ce répondant a plusieurs partenaires en même temps, le risque d'infecter d'autres individus est plus élevé (Hudson 1993)³⁹. Watts et May (1992)⁴⁰ ont décrit un modèle permettant de tenir compte du multipartenariat concomitant dans la dynamique de l'épidémie. Ils concluent que la croissance de l'épidémie peut être plus élevée dans une situation de multipartenariat synchronique, mais qu'il faut tenir compte d'autres facteurs tels que l'hétérogénéité de l'activité sexuelle, la durée moyenne d'une relation. Le poids du multipartenariat synchronique est d'autant plus important qu'il constitue une pratique d'un groupe tel que les prostitués. Le type de partenaires et de relation entre partenaires influent beaucoup sur le processus de diffusion du VIH. Ces relations peuvent être ponctuelles, occasionnelles ou régulières, sérielles ou concomitantes. Le multipartenariat multiplie les situations à risque et donc accroît le risque d'exposition.

De plus, l'infectivité d'une personne est plus importante juste après l'acquisition du VIH. Si le multipartenariat est synchronique, le risque de transmission est plus important⁴¹. Les réseaux sexuels selon Klovdahl (1985)⁴², quand la propagation d'un virus nécessite des contacts intimes et personnels répétés, la conceptualisation de la population en réseau permet de mieux comprendre la nature et la croissance de l'épidémie.

Les réseaux sexuels sont d'une importance cruciale dans le processus d'extension de l'épidémie. Ils représentent la trame de circulation du virus dans une population donnée. Beaucoup de recherches se sont intéressées au nombre moyen de partenaires différents avec lequel un individu a des relations, mais en terme de croissance de l'épidémie, le nombre et le type de partenaire des partenaires se révèlent aussi importants⁴³.

³⁷ D. W. Cameron, J. N. Simonsen, L. J. D'Costa et alii, "Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1 : risk factors for seroconversion in men", in *Lancet*, 1989, 333, pp. 403-407; C. Lindan, S. Allen, M. Caraël et alii, 1991, "Knowledge, attitudes and perceived risk of AIDS among urban Rwandan women : relationship to HIV infection and behavior change", in *AIDS*, n°5, 1991, pp. 993-1002; D. Hunter, B. N. Maggwa et alii, 1994, "Sexual behavior, sexually transmitted diseases, male circumcision and risk of HIV infection among women in Nairobi, Kenya", in *AIDS*, n°8, pp. 93-99.

³⁸ R. M. Anderson, "The transmission dynamics of sexually transmitted diseases : the behavioural component", in J. Wasserheit, S. Aral and K. Holmes (eds), *Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era*, Washington, American Society for Microbiology, 1991, pp. 38-60.

³⁹ C. Hudson, "Concurrent partnership could cause AIDS epidemics", in *International Journal of STD and AIDS*, n°4, 1993, pp. 249-253.

⁴⁰ C. Watts, R. May, 1992, "The influence of concurrent partnerships on the dynamics of HIV/AIDS", in *Mathematical Biosciences*, n°108, pp. 89-104.

⁴¹ C. Hudson, *op. cit.*, 1993, pp. 249-253.

⁴² A. Klovdahl, "Social networks and the spread of infectious diseases : the AIDS example", in *Social Science and Medicine*, vol. 21, n°11, pp. 1203-1216.

⁴³ I. O. Orubuloye, J. C. Caldwell, P. Caldwell, "Diffusion and focus in sexual networking : Identifying partners and partners' partners", in *Studies in Family Planning*, n°23, 1992, pp. 343-351.

Les systèmes d'échanges sexuels apparaissent de plus en plus importants dans l'analyse de la croissance de l'épidémie. Ainsi pour Auvert, la dynamique de l'épidémie va être principalement fonction des déterminants qui favorisent le brassage de population. Au niveau de la population kinoise entière, l'épidémie peut être considérée comme la résultante de plusieurs épidémies qui se développent dans des sous-groupes particuliers avec chacun sa propre dynamique, le virus se propageant d'un sous- groupe à l'autre par les personnes infectées qui appartiennent à plusieurs groupes ou passent de l'un à l'autre⁴⁴.

Pour Anderson et les autres (1991), *Les processus les plus importants qui déterminent les modèles de transmission du VIH sont ceux qui gouvernent l'échange au sein ou entre les différentes strates de la population*⁴⁵. L'échange sexuel sous-entend l'existence de groupes d'individus et des relations entre ces groupes.

Si on s'accorde sur l'importance des systèmes d'échanges sexuels, il reste encore à définir les différents groupes présents dans la société kinoise. Pour Blythe et Castillo-Chavez (1989)⁴⁶, c'est l'échange entre les différentes classes d'activité sexuelle qui importe ; dans un modèle dynamique des maladies sexuellement transmissibles dans cette population HSH où existe une hétérogénéité de l'activité sexuelle, il est nécessaire de connaître la fraction de partenaires venant d'autres niveaux d'activités.

Gupta et les autres (1989)⁴⁷ s'appuient également sur l'activité sexuelle pour aboutir à une description des systèmes d'échanges sexuels endogames (échanges entre groupes de la même classe d'activité sexuelle) ou exogames (échanges entre groupes de classes différentes). Pour Brouard (1994)⁴⁸, ce sont les échanges entre différentes classes d'âge qui expliqueraient la croissance de l'épidémie. La définition des différents types de partenaires est encore très peu développée. Cependant, l'étude du choix du partenaire HSH montre l'importance de l'identité du partenaire⁴⁹ et on peut imaginer avoir des identités de partenaires différents selon le type de relation. Le brassage de population dépend des individus qui y participent et de leurs partenaires. L'analyse des caractéristiques des individus et de leurs partenaires définira les types de partenaires présents dans le réseau sexuel et leur poids dans la population.

L'existence de partenaires pour les partenaires est un élément important dans la définition du réseau, car c'est par cela que le réseau s'agrandit. Si un partenaire n'a pas d'autres partenaires, le réseau se trouve clos et la diffusion du VIH dans la population générale est stoppée. Par contre, si le partenaire d'un HSH a d'autres partenaires, le réseau est

⁴⁴ B. Auvert, "Epidémiologie du sida en Afrique", in J. Vallin (éd), *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte-CEPED, 1994, p. 91 (pp. 64-117).

⁴⁵ R. M. Anderson, R. M. May, M. C. Boily et alii, "The spread of HIV-1 in Africa : sexual contact patterns and the predicted demographic impact of AIDS", in *Nature*, 352, 1991, pp. 581-589.

⁴⁶ S. Blythe, C. Castillo-Chavez, 1989, "Like with like preference and sexual mixing models", in *Mathematical Biosciences*, n°96, 1989, pp. 221-238.

⁴⁷ S. Gupta, R. Anderson, R. May, 1989, "Networks of sexual contacts : implications for the pattern of spread of HIV", in *AIDS*, n°3, 1989, pp. 807-817.

⁴⁸ N. Brouard, 1994, "Aspects démographiques et conséquences de l'épidémie de sida", in J. VALLIN (éd), *Populations africaines et sida*, Paris, La Découverte-CEPED, 1994, pp. 119-178.

⁴⁹ A. Girard, *Le choix du conjoint : une enquête psycho-sociologique en France*, Paris, Institut National d'Etudes Démographiques / PUF, 1980.

très ouvert ; ce qui provoque une large diffusion du VIH. On peut définir des groupes par des caractéristiques comme l'âge, le sexe, le niveau économique, l'activité sexuelle, l'existence ou non de liens entre eux. Il faut qu'il y ait échanges sexuels entre les groupes pour qu'il y ait diffusion du VIH. Le poids de chaque groupe dans l'ensemble du réseau est déterminé par le nombre de personnes incluses dans chaque groupe et l'intensité de leur activité sexuelle. Cela permettra de mesurer le poids de chaque groupe dans le processus de diffusion du VIH.

La distribution de l'activité sexuelle entre les groupes détermine les flux d'échanges sexuels. Il peut y avoir concentration des relations sexuelles entre un noyau et de nombreux HSH ou au contraire éclatement des relations entre les individus. La concentration des partenaires autour d'un noyau d'HSH à forte prévalence augmente la probabilité de rencontrer quelqu'un d'infecté et participe plus au processus de diffusion du VIH.

Une des théories les plus importantes de l'épidémiologie des MST est celle du core-group. Selon Plummer et les autres (1991)⁵⁰, le core-group est une sous-population dont chaque individu transmet une MST à plus d'une personne susceptible d'être infectée. Cela recouvre un noyau de transmission ; la question est de savoir si un noyau a des échanges avec d'autres sous-populations qui sont à moindre risque, sinon l'épidémie reste cantonnée dans le noyau. Le principal noyau identifié et retenu pour la transmission sexuelle est celui des personnes bisexuelles. Ces dernières deviennent des transmetteurs d'autant plus efficaces dans la ville de Kinshasa qu'ils n'utilisent pas ou peu de préservatifs. Elles ont de nombreux actes sexuels et un grand nombre de partenaires sexuels, portent souvent d'autres MST qui facilitent la transmission du VIH et ne connaissent en général pas leur statut sérologique VIH. Si leurs clients n'ont pas d'autres contacts sexuels en dehors d'eux, l'épidémie ne s'étendrait pas et le rôle des personnes bisexuelles dans la transmission du VIH serait limité.

En effet, ces HSH ont des relations avec d'autres partenaires féminines qui ne sont pas prostituées. Il serait important d'étudier les caractéristiques des clients selon le type de partenaires qu'ils fréquentent. Il apparaît aussi que les HSH qui ont des rapports sexuels avec des femmes ont un risque beaucoup plus important d'avoir des MST, y compris le VIH, que des hommes qui ont le même nombre de partenaires féminines non prostituées.

Cette approche du réseau limite la possibilité d'analyse d'un réseau car aucune information sur les partenaires des partenaires n'entre en compte. Il est très difficile de collecter des données sur les partenaires des partenaires car généralement ce type de relations reste méconnu de l'individu interrogé, surtout lorsqu'il s'agit des femmes. Ainsi on a montré, pour l'exposition au VIH, l'importance de l'activité sexuelle et de son organisation : les relations sexuelles peuvent être régulières (long terme), occasionnelles (court terme), "commerciales" (rapports entre les prostitués et leurs clients). La proportion d'hommes et de femmes engagés dans chaque type de relation influencera la propagation de l'infection à VIH⁵¹.

⁵⁰ F. A. Plummer, J. N. Simonson, D. W. Cameron et alii, "Co-factors in female-to-male transmission of HIV", in *Journal of Infectious Diseases*, n°163, 1991, pp. 233-239.

⁵¹ I. O. Orubuloye et alii (eds), "Sexual networking and AIDS in sub-saharan Africa", in *Canberra*, The Australian National University (Health Transition Series, 4), 1994 ; I. Bardem, I. Gobatto, *Maux d'amour, vies*

De plus, la proportion d'hommes et de femmes engagés dans diverses combinaisons de ces types de relations pourra ainsi influencer la propagation de l'infection à VIH. L'hypothèse a été émise que lorsque les hommes ont des rapports multiples, non protégés, avec un petit groupe de femmes tel que des prostituées, en plus de ceux avec leurs partenaires sexuelles régulières, l'infection à VIH se propage rapidement⁵². De plus, une forte prévalence de partenaires concurrents peut amener une propagation rapide de l'infection à VIH, puisque, aux moments de forte infectiosité (au début et à la fin de l'infection), le VIH peut se transmettre rapidement à plusieurs partenaires.

6. GESTION ET PERCEPTION DES RISQUES PAR LES REpondANTS

La présente étude, grâce à la juxtaposition qu'elle opère entre pratiques et discours masculins avec et sur les hommes et les femmes, témoigne des différences sur l'utilisation de moyens de protection selon le sexe des partenaires. A la lecture de nos entretiens, il apparaît que s'il n'y a pas oublié systématique des préservatifs lors des rapports hétérosexuels, ceux-ci sont nettement moins utilisés dans le contexte homosexuel. Il y a donc différentes conditions de mise en application des recommandations de prophylaxie selon le sexe du partenaire.

Pour appréhender la réalité structurelle, il faut en rechercher les traces dans les discours des répondants. Signalons que si les questions posées n'ont pas été très précises quant aux comportements sexuels des enquêtés et en rapport au VIH, eux aussi ne parlent essentiellement que de leurs rapports sexuels avec des partenaires du même sexe. Tous les répondants HSH, au moment de l'entretien, ont considéré les femmes comme étant potentiellement porteuses de danger par rapport au VIH. Tandis que les femmes hétérosexuelles considèrent les hommes à la base de la diffusion du VIH.

Remarquons que dans nos entretiens, la "pénétration anale" n'est manifestement envisagée qu'avec des hommes (à une exception près), ce qui appuie encore la constatation précédente selon laquelle les pratiques sexuelles avec des hommes sont perçues comme davantage anxio-gènes dans le contexte normatif sociosexuel. De plus, tout au long des entretiens, les hommes n'ont guère prononcé l'expression "pénétration vaginale". Il n'y a pas là de contradiction avec ce qui a été développé précédemment, parce qu'étant dans le contexte des questions relatives au sida. Et la sodomie y est perçue comme la pratique à risque "par excellence". D'ailleurs, autant ces enquêtés peuvent être prolixes sur leurs partenaires homosexuelles, en nommant précisément les actes sexuels accomplis et appréciés, autant ils restent discrets et flous sur leurs rapports hétérosexuels : là, nous savons qu'ils "font" mais beaucoup moins "ce qu'ils font".

Quand nos questions sont plus directes, même si les hommes reconnaissent un recours moins important au préservatif avec leurs partenaires féminins (en s'en justifiant par ailleurs

de femmes. Sexualité et prévention du sida en milieu urbain africain, Paris, L'Harmattan, Coll. "Santé et sciences humaines", 1995, pp. 33-43.

⁵² R. M. Anderson, R. M. May, M. C. Boily et alii, 1991, "The spread of HIV-1 in Africa : sexual contact patterns and the predicted demographic impact of AIDS", in *Nature*, n°352, 1991, pp. 581-589.

sous couvert d'une confiance jugée légitime), ils prétendent en même temps qu'il n'y a pas lieu de moins se protéger avec une femme. Sur ce point, il y a un net décalage entre discours sur soi et discours sur autrui, qui s'explique par des distorsions entre élaborations théoriques et pratiques effectives. Ainsi, pour des raisons culturelles, les hommes éprouvent une grande difficulté à proposer le sexe à moindre risque à une femme, soit du fait de leurs propres représentations⁵³, soit au regard de ce qu'ils imaginent que les femmes pensent d'eux.

Les enquêtés HSH se considèrent donc comme les "victimes sociales" d'un système de jugement qui les dépasse : le problème ne tient pas à leur propre attitude mais à celle de la majorité des autres hommes ou femmes. On repère d'ailleurs des tendances contorsionnelles chez les enquêtés préoccupés à réinterpréter leurs parcours sexuels selon une lecture de ce qu'ils pensent être le "politiquement correct" préventif (effet réponse idéale).

En se situant en dehors de la norme de pensée qui veut, à leur avis, que le plus grand nombre croit soit qu'il est plus difficile de se protéger avec une femme, soit que c'est inutile, les enquêtés se considèrent comme des "avant-gardes moraux" et des précurseurs. Pourtant, au regard de leurs propres comportements préventifs avec des femmes, il est clair qu'ils n'échappent pas eux-mêmes au schéma qu'ils critiquent, en dépit de leurs discours théoriques qui sont tout à fait recevables d'un point de vue épidémiologique.

On décèle un paradoxe entre leur volonté de renier l'idée de "groupe à risque" et en même temps leurs logiques comportementales qui entérinent ce même concept. Ainsi, même chez des individus d'un niveau culturel plutôt élevé, même chez des HSH qui regrettent la stigmatisation (thème récurrent des entretiens), on remarque cet illogisme apparent qui force à continuer à faire (sans s'en apercevoir) ce que l'on ne pense déjà plus : même si les enquêtés ont compris que le sida n'est pas exclusivement une affaire de femmes, leurs réflexes discursifs, significatifs de comportements effectifs, ne se font pas encore l'écho de cette compréhension.

7. LE RENFORCEMENT DE DISPARITES LIEES AU SEXE DES PARTENAIREES

Voici une déclaration d'un HSH en séjour à Mbankana⁵⁴ : *"Quand je quitte Mbankana pour Masina à Kinshasa, je passe des rapports sexuels avec ma fiancée sans préservatif parce que je lui fais confiance. Elle me rassure sa fidélité"*.

A la question de savoir si son partenaire utilise le préservatif avec son épouse, un HSH répond : *"Je ne lui ai jamais posé la question, mais je suppose non parce qu'il s'agit de sa propre épouse avec qui il fait des enfants"*.

Comme tu promets d'épouser une femme quand tu seras grand pour avoir des enfants, est-ce qu'il pourra t'arriver d'utiliser le préservatif avec ton épouse ? Réponse d'un HSH :

⁵³ Là, il s'agit du discours de nos enquêtés sur les autres hommes, car eux-mêmes ne se jugent pas comme ayant des difficultés à cet égard.

⁵⁴ Mbankana est une banlieue de Kinshasa.

“Non, ce sera un péché pour moi d'utiliser le préservatif avec mon épouse. Comment aurais-je des enfants en l'utilisant ? D'ailleurs, elle me soupçonnera infidèle”.

La non-utilisation de préservatifs avec sa femme se trouve renforcée par la dichotomie préventive qui s'opère entre partenaires occasionnels et partenaires réguliers. Des recherches⁵⁵ ont montré que dès lors qu'il y a interférence de sentiments amoureux dans une interaction sexuelle, la possibilité de prises de risques se trouve démultipliée.

Afin de comprendre en quoi ce mécanisme renforce le schéma décrit précédemment, il convient de nuancer les notions d'occasionnel et de régulier, beaucoup moins statiques et étanches que ne le laisse envisager l'emploi de termes a priori antagonistes. Ainsi, il ressort des entretiens, qu'à la première rencontre, un partenaire peut être ressenti comme potentiellement porteur d'un espoir sur l'avenir, alors qu'en réalité il ne le reverra plus. A l'inverse, ce qui était au départ perçu comme une “passade” peut contre toute attente s'inscrire dans le long terme⁵⁶. Le danger lié au VIH quant à la perception de la “régularité affectivo-sexuelle” se concrétise donc à un double niveau temporel :

- le premier risque se situe dans le ressentir instantané par les acteurs sociaux d'une nouvelle relation comme potentiellement promise à un long investissement ;
- le second risque s'inscrit dans la durée d'une relation réellement établie. Les motivations aux prises de risques ne sont pas nécessairement de même nature dans les deux cas. Dans un premier mouvement, elles reposent sur un jugement social immédiat du partenaire, et dans un deuxième temps, elles sont souvent justifiées par la croyance en la fidélité de l'autre ou par l'existence (réelle ou non) d'une confiance mutuelle constitutive du couple.

En effet, ce sont ces mécanismes, que les répondants utilisent pour gommer les dangers, et expliquent les risques plus élevés pris avec sa femme. Elle est en effet nettement perçue comme plus “stable”, plus fidèle que son mari et est décrite comme moins “portée sur le sexe”, donc moins multipartenaire. Ainsi le mari se protège moins avec son épouse ou sa compagne parce que, dans un premier temps, elle est supposée saine et, dans un deuxième temps, comme fidèle. La différence dans la prise de risque avec un partenaire masculin et féminin est faible au cours de l'étape initiale. Au d'un premier rapport sexuel, un homme pourrait recourir au préservatif avec son partenaire féminin. Avec le temps et dans la majorité de cas, les deux partenaires tendent à abandonner les protections. Le mariage, en tant que

⁵⁵ G. Musenge Mwanza, “Genre et jeunesse congolaise actuelle face au VIH/Sida”, in *Cahiers congolais de Sociologie et Anthropologie*, Université de Kinshasa, n°10-11, Novembre 2005, pp. 127-149 ; Th. Apostolidis, “Pratiques “sexuelles” versus pratiques “amoureuses” : fragments sur la division socioculturelle du comportement sexuel” in R. Mendès-Leite (Sous dir.), *Sociétés (39). Sexualités et sida*, Paris, Dunod, 1993, pp. 39-46 ; Th. Apostolidis, “Représentations sociales de la sexualité et du lien affectif : la logique relationnelle des comportements sexuels” in Agence Nationale de Recherches sur le Sida (sous dir.), *Connaissances, représentations et comportements. Sciences sociales et prévention du sida*, Paris, ANRS, 1994, pp. 77-85 ; D. Peto et alii, *Sida : l'amour face à la peur*, Paris, L'Harmattan, 1992.

⁵⁶ M. Bochow, “Les déterminants des comportements à risque”, in R. Mendès-Leite (éd.), *Sociétés et sida*, Paris, Dunod, 1993, pp. 47-55 ; M. Bochow, “La sexualité à risque existe-t-elle ?” in R. Mendès-Leite (éd.), *Un sujet inclassable ? Approches sociologiques, littéraires et juridiques des sexualités*, Lille, Cahiers GKC, 1995, pp. 157-168 ; R. Mendès-Leite, “identité et alternité. Protections imaginaires et symboliques face au sida”, in *Gradhiva (18)*, Paris, Jean-Michel Place, 1995, pp. 93-102.

forme officielle et légale du couple hétérosexuel, constitue une sorte de garantie préventive, une “protection imaginaire” renforcée. Dans ce sens, le couple hétérosexuel est exposé au VIH. En effet, il a été montré,⁵⁷ que pour les épouses et compagnes de bisexuels, l’utilisation des préservatifs dans le couple signifie qu’elles perdent l’une de leurs dernières prérogatives, l’affection. En effet, si elles peuvent tolérer la non-exclusivité sexuelle de leur conjoint, elles refusent en revanche sa non-exclusivité affective. Or, pour elles, le préservatif symboliserait une relation dénuée d’affection.

Ainsi, dans les rapports avec les bisexuels masculins, les épouses ou compagnes sont donc de “victimes”, parce que rarement perçues comme agents de transmission⁵⁸ et, rarement protégés par leur mari ou compagnon. Un répondant bisexuel a déclaré que ce qui le ferait souffrir serait de contaminer quelqu’un, mais il ne peut se prémunir contre le sida que quand il soupçonne que le danger vient de l’autre... Or, pour lui, la femme ne symbolise pas le danger. D’ailleurs, dans quelque sens que l’on tourne les représentations sociales de la bisexualité masculine, les femmes y sont nettement moins souvent que les hommes placés du côté du risque immédiat : quand bien même elles sont bisexuelles, dit Richardson⁵⁹ ; elles sont au plus jugées comme vecteur de transmission du VIH vers d’autres femmes, mais cela uniquement parce qu’elles ont un contact avec des hommes, source du danger direct. Faible compensation à leur rôle les femmes, au regard de l’épidémie de sida, quelle que soit leur identité sociosexuelle, sont moins stigmatisées que les hommes. Sans culpabiliser plus particulièrement les hommes, dans un couple, chacun partage la responsabilité des prises des risques. A ce titre, il convient de s’interroger sur les mécanismes qui empêchent souvent les femmes d’imposer aux hommes des moyens de protection.

8. POUR UNE SOCIO-ANTHROPOLOGIE DYNAMIQUE DE LA PREVENTION CONTRE LE SIDA

Ce qui vient d’être exposé tend à souligner l’importance de la variable sexe (homme ou femme) dans la gestion des risques VIH ; importance que même des éléments à priori connexes, tels que la régularité des partenaires, renforcent. Le recours à ces formes de protections imaginaires qui veulent que les épouses ou compagnes, dans l’imaginaire social, symbolisent moins de danger que les maris ou compagnons, témoigne d’une opposition structurelle de la société partagée entre masculin et féminin. Nous avons décrit quelques raisons qui poussent les enquêtés à tenir les épouses ou compagnes pour “aseptisées” à l’égard des risques.

Les épouses ou compagnes ne sont-elles pas seulement le filtre discursif derrière lequel se cachent d’autres fondements de “protections imaginaires” encore plus coriaces à

⁵⁷ R. Mendès-Leite, C. Deschamps et Br.-M. Proth, *To speak the unspeakable ? Structures and paradoxes of secrecy and speech management: male bisexuality and heterosexual conjugality*, Paper presented to the “Second European Sociological Association Conference: European Societies; Fusion or Fission”, August 30 to September 2, 1995.

⁵⁸ Ici, la compagne est supposée saine par confiance en sa fidélité. En outre, le rapport sexuel est sans préservatif avec sa compagne par souci de la reproduction.

⁵⁹ D. Richardson, *Women and the AIDS Crisis*, Londres, Pandora Press, 1989, p. 71.

combattre ? Les entretiens avec les bisexuels vivant avec une épouse ou compagne hétérosexuelle montrent qu'il existe peut-être d'autres facteurs d'explication à la quasi-absence de protection avec leurs femmes. Car en effet, comment comprendre ce paradoxe qui veut qu'un répondant, pour qui la gent féminine personnifie "l'étranger" ou "l'étrange", se méfie peu de son épouse ou sa compagne dans l'optique de contamination au VIH ? "*N'est-ce pas (historiquement et socialement) l'autre, l'autre en tant que différent, l'autre en tant qu'incompris, incompréhensible et effrayant qui suscite généralement les plus grandes peurs ?*"⁶⁰. C'est peut-être parce que les femmes sont pour certains hommes le moyen d'accéder au paradigme de l'hétérosexualité. Elles seraient alors le moyen du rattachement à la normativité. Or la norme, en tant qu'elle préserve du stigmate social, peut être perçue par extension comme préservant de la maladie.

Admettre que la norme du plus grand nombre (ici l'hétérosexualité) suffirait à assurer la "protection même imaginaire" serait réduire la vision sociale, à une acceptation trop monolithique. Ce serait déjà oublier qu'il y a, compris parfois dans l'hétérosexualité, un autre paradigme : celui du couple. Or ce paradigme est transversal à l'ensemble des orientations sexuelles⁶¹. Il serait difficile de départager la prégnance de l'une ou de l'autre de ces normes, bien qu'il soit aisé de supposer que l'idéal soit de répondre aux deux conditions (être hétérosexuel et en couple). Par ailleurs, le "milieu" homosexuel, en ce qu'il fabrique des valeurs structurantes pour les individus qui le composent, engendrent aussi la formation de "subnormes"⁶² spécifiques. Et précisément, ces "subnormes" peuvent aussi servir de points d'appui à d'autres formes de "protections imaginaires". Les entretiens avec des hommes à pratiques bisexuels, mais qui se désignent comme homosexuels, montrent que quand ils sont face à une personne homosexuelle, ils sont persuadés d'avoir affaire à un partenaire qui pratique, une sexualité sans risque. Or c'est à cette occasion que peut s'immiscer le danger, comme un effet particulièrement pervers de messages de prévention trop bien assimilés. En effet, quand deux homosexuels identitaires ont un rapport sexuel dans un cadre anonyme, occasionnel ou partenariat régulier, le préservatif n'est pas utilisé dans la très grande majorité des cas.

En revanche, si une interaction sociale s'instaure entre les deux personnes, et plus encore une interaction affective, dans la mesure où chacun des deux protagonistes est persuadé que l'autre, "habituellement", pratique une sexualité sans risque, le recours à la protection devient impensable. Ainsi, la "subnorme" qui veut que les homosexuels identitaires se connaissent et que la sodomie entre eux serait sans risque, peut devenir source de danger. Ce à quoi se mêle encore une fois le paradigme binaire du couple.

En résumé, il y a lieu de souligner le déplacement de pôles de risques qui s'est opéré depuis le début de l'épidémie. Dans les premiers temps du sida, alors que tout travail de

⁶⁰ C. Deschamps, "Désirs, Comportements et Pratiques (bi)sexuels à l'époque du sida", in R. Mendès-Leite et alii, *De quelques esthétiques du plaisir. Les bisexualités masculines et l'épreuve du sida*, Rapport final à la Direction générale de la santé, Paris, Division sida, 1995, p. 352.

⁶¹ P. Bidet, *Le couple homosexuel masculin*, Mémoire de DEA en Sociologie, Paris, Université René Descartes-Paris V ? UFR de Sciences sociales, 1991.

⁶² Nous parlons ici de "subnormes" en référence au concept "subculture".

prévention restait à faire, le plus grand nombre de contaminations de l'époque s'est vraisemblablement fait dans un contexte de "sexe impersonnel" ou de "sexe occasionnel". Or, à la lecture de nos entretiens, il semble que pour les enquêtés, le "vagabondage sexuel" serait rarement le "lieu des dangers". Par contre, le discours préventif reste largement impuissant à faire valoir ses effets positifs dès lors que l'amour, le couple ou les femmes entrent en jeu.

La vigilance épidémiologique paraît s'affaïsser face aux fondements structurels de la société. Aussi, il semble nécessaire, afin de limiter la progression de l'épidémie dite plus lente aujourd'hui, mais toujours plus insidieuse, de s'attacher à la déconstruction et à la compréhension des soubassements normatifs qui soutiennent les comportements sexuels. Ce requestionnement de la légitimité et de la portée de ces structures apparaît comme la condition sine qua non à l'élaboration de messages préventifs accessibles, lisibles et efficaces.

9. RESTITUTION DU SENS ET SES CONSEQUENCES SUR LA PREVENTION

D'un répondant à l'autre, la compréhension de ce qu'est un "rapport sexuel" est variable. Si on peut définir le sens que les enquêtés donnent aux mots ou expressions afin de faciliter la lisibilité de leurs propos, cette démarche ne permet pas d'uniformiser les types de réponses à une question donnée ; toutefois, elle facilite la compréhension des logiques interprétatives et répond mieux aux problèmes de restitution de sens. Car enfin, "*l'œuvre ethnographique n'est pas un texte abstrait ni un texte de fiction, et elle ne s'adresse pas seulement à un lecteur qui serait universel, dépourvu de chair et de sang*".⁶³

De la sorte, on dirait que des paramètres tels que l'âge, le statut marital, le sexe des partenaires ou l'auto-désignation sexuelle, ne sont indifférents ni en matière de représentations des rapports sexuels, ni, en conséquence, en matière de gestion préventive. Par ailleurs, une description détaillée de la réalité des pratiques sexuelles facilite la compréhension de ce qu'elles recouvrent selon les contextes. Une telle démarche permet aussi de relativiser la portée de la quantification et de la multiplication des actes sexuels et ainsi de remettre en cause, parfois, les représentations de "dangerosité" qu'ils véhiculent. Or, en tenant compte des expressions telles que "multipartenariat", "sexe occasionnel" ou "sexe anonyme" et leurs propres perceptions des dangers, l'enquête apprend que les représentations du risque chez les hommes à pratiques bisexuelles ne les amènent pas à se protéger la plupart du temps lors d'expériences de sexe occasionnel, contrairement à ce que laissent supposer les critères classificatoires décrits par l'épidémiologie. Les vecteurs de propagation à venir du sida sont peut-être à rechercher dans ce qui a longtemps été vu comme préservant du risque. A ce titre, certaines campagnes de prévention ont pu, bien involontairement et par effet boomerang, conforter l'existence de la normativité ; l'épidémie pourrait bien, insidieusement, atteindre la société dans ses fondements structurels. En ce sens, un travail de prévention ne peut faire l'économie d'une lecture des conséquences épidémiologiques de la prégnance sociétale des normes en vigueur dans une culture donnée.

⁶³ Fr. Zonabend, "De l'objet et de sa restitution en anthropologie", *Gradhiva (16)*, *Revue d'histoire et d'archives de l'anthropologie*, Paris, Jean-Michel Place, 1994, p. 4.

Conclusion

Cette recherche sur les pratiques homosexuelles et bisexuelles se fonde sur une double motivation. Elle s'inscrit à la fois en complément des études sur la sexualité et le sida en général, et en supplément pour la compréhension de ces comportements spécifiques. En ce qui concerne l'attitude face au VIH, l'intérêt le plus évident est le repérage des distorsions dans la gestion des risques de contamination selon le sexe des partenaires des HSH interrogés. Quoique ces distorsions ne soient pas exclusives aux pratiques homosexuelles et bisexuelles, leur étude en facilite la comparaison, la compréhension et l'élaboration des préventions contre le sida.

Par ailleurs, il y a lieu de souligner que les mécanismes de prise de risque ne sont pas immuables. En effet, si certaines constantes paraissent se préciser au fur et à mesure du développement du sida dans les procédures préventives individuelles, il y a un déplacement des situations de prise de risque qui, s'il n'est pas pris en compte, constituerait un danger. A la suite de Weber⁶⁴, une perception dynamique de l'évolution sociale de l'épidémie s'avère nécessaire, voire indispensable.

Cette étude aborde la question de la prévention contre le sida, en analysant les discours des personnes interrogées sur le problème⁶⁵.

Pour éviter l'effet de réponse idéale, sur- et sous-déclarations, concernant notamment le niveau de risque pris face aux dangers du VIH, l'analyse a porté plus sur la dimension de la représentativité intrinsèque des réponses données. Il se dégage de l'ensemble des schèmes de pensée observés, le rôle primordial de "protections imaginaires" chez les enquêtés⁶⁶. C'est l'ensemble de représentations derrière lesquelles les partenaires se réfugient pour justifier leurs comportements à l'égard du sida, et précisément de la "non dangerosité" pour elles de leurs prises de risques. Révétons qu'il ne s'agit pas ici de "*déduire [...] que les protections imaginaires dénotent d'un mode de fonctionnement irrationnel, car ce serait nier leur répétition sociale et la réappropriation, dont elles résultent, que les acteurs sociaux opèrent quant aux conseils préventifs*"⁶⁷. La notion de "protection imaginaire", s'apparente à ce que Pareto (*Manuel d'économie politique*, 1906) décrit comme la tendance des hommes à se présenter comme logiques des actions qu'un autre regard (ici l'épidémiologie) jugerait illogiques : "*il y a des actions qui sont des moyens appropriés au but, et qui s'unissent logiquement à ce but. Il est d'autres auxquelles ce caractère fait défaut. Ces deux classes*

⁶⁴ M. Weber, *Essais sur la théorie des sciences*, Paris, Plon, 1995, p. 167.

⁶⁵ Afin de réduire les risques de confusion lorsqu'on s'attache à un sujet tel que celui de l'homosexualité et de la bisexualité, soulignons encore une fois les caractéristiques de la population étudiée présentement : les critères retenus sont ceux des pratiques et/ou de l'identité sociosexuelle.

⁶⁶ R. Mendès-Leite, "Pratiques à risque : les fictions dangereuses" in *Le journal du sida*, n°42, Paris ? Arcat Sida, 1992 ; R. Mendès-Leite, "Identité et altérité. Protections imaginaires et symboliques face au sida", in *Gradhiva*, n°18, Paris, Jean-Michel Place, 1995, pp. 93-102.

⁶⁷ C. Deschamps, "Désirs, comportements et pratiques (bi)sexuels à l'époque du sida", in R. Mendès-Leite et alii, *De quelques esthétiques du plaisir. Les bisexualités masculines et l'épreuve du sida*, Rapport final à la Direction générale de la santé, Division sida, Paris, 1995, p. 324.

*d'action sont très différents, suivants qu'on les considère sous leur aspect objectif ou sous leur aspect subjectif*⁶⁸.

⁶⁸ V. Pareto, *Traité de sociologie générale*, Paris, Payot, 1965, p. 149.