

## PLAISIRS CHIMIQUES : SEXUALITÉ ET USAGE DE DROGUES CHEZ DES HOMMES GAIS SÉROPOSITIFS

Jean-Yves Le Talec et Françoise Linard

De Boeck Supérieur | « [Psychotropes](#) »

2015/2 Vol. 21 | pages 157 à 182

ISSN 1245-2092

ISBN 9782807301016

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2015-2-page-157.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour De Boeck Supérieur.

© De Boeck Supérieur. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

---

# Plaisirs chimiques : sexualité et usage de drogues chez des hommes gais séropositifs

Chemical pleasures:  
Sex and drug use among HIV-positive gay men

**Jean-Yves Le Talec**

Sociologue

CNRS Certop-Sagesse (UMR 5044), Université Toulouse Jean Jaurès

31058 Toulouse cedex 9

E-mail : letalec@univ-tlse2.fr

**Françoise Linard**

Psychiatre

Unité des maladies infectieuses et tropicales, Hôpital Tenon, APHP

4 rue de la Chine – F 75020 Paris

---

**Résumé :** *L'étude Hepaig-quali repose sur un ensemble d'entretiens menés auprès d'hommes gais séropositifs pour le VIH, atteints d'une hépatite aiguë C. Elle montre l'étroite intrication qui existe entre pratiques sexuelles et usage de drogues, permettant à ces hommes d'atteindre un objectif de plaisir sexuel incluant des rapports non protégés. La consommation de diverses substances psychoactives et stimulantes (illicites ou non) accroît leur endurance et leurs performances sexuelles, tout en leur procurant un bien-être global. Ces « plaisirs chimiques », auxquels ils ne sont pas prêts à renoncer, prennent place dans le contexte post-sida de la médecine et des traitements, qui a forgé l'idéal d'un patient responsable pour soi et autodiscipliné, et dans le climat moral de stigmatisation de l'abus de drogue et de l'addiction. En conséquence, les programmes*

*de santé devraient tenir compte de leur identité et de leurs besoins d'hommes gais séropositifs et promouvoir une réduction des risques sexuels tenant compte de l'usage de drogues.*

*Abstract: Based on interviews with HIV-positive gay men recently diagnosed with acute hepatitis C, the HEPAIG-quali study demonstrates that sexual practices and drug use are closely intertwined with each other, in order to experience an ultimate aim of sexual pleasure, including unprotected sex. For these men, the use of various psychoactive and stimulant substances (illicit or not) contributes to their bodily endurance and performance, as well as to their overall well-being. These “chemical pleasures”, which they are not ready to give up, take place in the post-AIDS context of medicine and treatments, which promote an ideal subject inspired by self-responsibility and personal discipline, and within a moral pattern stigmatizing drug abuse and addiction. As a consequence, health interventions should be adjusted to their identity and needs as HIV-positive gay men, and promote sexual risk reduction including drug use.*

*Mots clés : hommes, homosexualité, pratiques sexuelles, plaisir sexuel, bareback, VIH-sida, hépatite C, usage de drogues, médecine, médicaments*

*Keywords: men, homosexuality, sexual practices, sexual pleasure, bareback, HIV-infection, hepatitis C, drug use, medicine, treatments*

---

## **Remerciements**

Les auteur-e-s tiennent à remercier chaleureusement Christine Larsen, Annie Velter et Élisabeth Delarocque Astagneau (Institut de veille sanitaire) pour leur expertise, leur aide et leurs conseils, et Karine Bertin pour ses talents de transcription des entretiens. Les auteur-e-s ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

*« Ah oui, le Viagra je l'utilise pour faire durer le plaisir. »  
(Un répondant)*

Cet article s'intéresse spécifiquement aux consommations de produits psychoactifs et de performance (licites ou non) associées à la sexualité d'hommes gais séropositifs pour le VIH, à partir d'entretiens réalisés dans

le volet qualitatif de l'enquête Hepaig<sup>1</sup>. L'usage de drogues chez les gais est souvent présenté comme spécifique des espaces festifs, avec une prévalence supérieure à celle des hommes en population générale, à âge égal et pour la plupart des produits à l'exception de l'alcool, avec un usage encore plus fréquent chez les gais séropositifs (Velter et Jauffret-Roustide, 2007 ; Halfen, Vincelet et Grémy, 2008 ; Léobon *et al.*, 2009). L'intérêt de l'enquête Hepaig-quali réside dans le contexte particulier des entretiens, qui s'est révélé propice aux récits et aux réflexions des interviewés sur leurs choix et leurs motivations en matière de sexualité et d'usage de drogues, mis en perspective avec la prise quotidienne de médicaments.

## 1. Contexte de l'étude Hepaig

Les modes de transmission du VIH ont conduit à catégoriser séparément les usagers/ères de drogues et les homosexuels masculins, ce qui a sans doute contribué à relativement ignorer les pratiques de consommation des gais jusqu'à la fin des années 1990 (Inserm, 1997 ; Fontaine, 2001) alors qu'elles se sont développées en France dans les cultures gaies festive et sexuelle (Act Up-Paris, 1997 ; Velter et Jauffret-Roustide, 2007). Ces quinze dernières années ont été marquées par une succession de « paniques morales » relatives au risque de transmission du VIH associé à l'usage de drogues chez les gais : à propos des *club drugs* (Mattisson *et al.*, 2001 ; Ross *et al.*, 2003), du *crystal meth* (Mansergh *et al.*, 2006) et plus récemment de la pratique de l'injection (« *slam* », Foureur *et al.*, 2013). Toutefois, les résultats de recherches en faveur d'un lien de causalité suscitent une lecture prudente (Velter et Jauffret-Roustide, 2007) ; selon Garrett Prestage *et al.*, « la relation entre l'usage de drogues illicites et les comportements à risque n'est ni simple, ni directe, et s'avère très contextuelle : elle peut refléter l'implication dans une subculture sexuelle aventureuse tout autant qu'un effet causal direct » (Prestage *et al.*, 2007, S53).

En France, depuis la fin des années 1990, une part croissante d'homosexuels masculins déclare des pratiques pénétratives non protégées avec des partenaires occasionnels : 19 % en 1997, 26 % en 2000 et 33 % en 2004 (Velter, 2007). Dans une enquête menée sur Internet en 2009, 58 % des gais séropositifs rapportaient des rapports anaux non protégés

1. L'enquête Hepaig, « Hépatites aiguës C chez des homosexuels atteints par le VIH », a été coordonnée par le Dr Christine Larsen, épidémiologiste à l'Institut de veille sanitaire (voir <http://hepaig.free.fr>). L'enquête Hepaig-quali, financée par l'Agence nationale de recherche sur le sida et les hépatites, a été coordonnée par Jean-Yves Le Talec, sociologue, en étroite collaboration avec l'InVS.

avec des partenaires occasionnels de même statut (Léobon *et al.*, 2011). Le choix délibéré de certains hommes gais d'opter pour des pratiques non protégées (*bareback*) présente une dimension identitaire et s'inscrit dans les subcultures gaies caractérisées par des expériences sexuelles intenses avec de multiples partenaires et par l'usage de drogues (Kippax *et al.*, 1998 ; Dean, 2009 ; Hurley, 2010). Au plan individuel, il met en jeu des normes et des valeurs telles que le plaisir, la liberté et la responsabilité pour soi (Le Talec, 2007).

Parallèlement à cet accroissement des pratiques sexuelles non protégées, l'apparition de cas de transmission du VHC chez des homosexuels masculins séropositifs au VIH et non injecteurs de drogues a alerté les autorités sanitaires en Europe (Rauch *et al.*, 2005 ; Gambotti *et al.*, 2005 ; Danta *et al.*, 2007). C'est dans ce contexte que l'Institut de veille sanitaire (InVS) a coordonné l'étude Hepaig, qui a permis d'estimer l'incidence de l'hépatite aiguë C chez les homosexuels masculins séropositifs pour le VIH en France (4,8 ‰ [IC 95 ‰ : 4,3-5,4] en 2006 et 3,6 ‰ [IC 95 ‰ : 3,0-4,2] en 2007). Les résultats quantitatifs ont précisé les facteurs associés au risque de transmission du VHC, tels que les pratiques sexuelles traumatiques pouvant entraîner des saignements (*fist*, pratiques SM), la présence d'IST ulcératives, le partage de pailles et l'usage intrarectal de cocaïne, et plus largement la consommation de drogues associée à la sexualité (Larsen *et al.*, 2011).

## 2. Méthode et terrain

Le protocole de l'enquête épidémiologique Hepaig a été décrit par ailleurs (Piroth *et al.*, 2010 ; Larsen *et al.*, 2011). Les patients inclus pouvaient aussi accepter *a priori* de participer au volet sociologique Hepaig-quali. Ils ont été inclus « au fur et à mesure » dans le sous-échantillon d'entretiens, quel que soit leur lieu de résidence en France métropolitaine. Deux interviews successives étaient prévues à un mois d'intervalle, au moment et à l'endroit choisis par les enquêtés. Le premier entretien abordait la situation sociale du sujet, sa sexualité, puis la survenue de l'hépatite C, et le second s'intéressait à l'infection à VIH, à la période des six mois précédant le diagnostic de l'hépatite C, aux pratiques du sujet et enfin aux projections qu'il pouvait exprimer quant à sa sexualité et sa santé. Une large place était laissée au récit biographique et aux expériences personnelles dans le domaine de la sexualité, mais aussi d'autres domaines de la vie sociale. L'enquête s'est déroulée entre octobre 2006 et mars 2008. Parmi les 80 hommes inclus dans l'étude Hepaig, 37 ont consenti

aux entretiens et 31 ont effectivement participé. Tous les entretiens ont été anonymisés et intégralement retranscrits.

### 3. Présentation des enquêtés

Les répondants sont âgés de 33 à 58 ans et résident quasiment tous en zone urbaine. Ils se définissent comme gais et, pour moitié environ, vivent en couple avec un autre homme (17/31). Ils sont pour la plupart bien insérés dans le monde du travail, en majorité dans le secteur tertiaire, plutôt à un niveau moyen ou élevé, et décrivent une pluralité de réseaux dans lesquels ils évoluent (famille, amis, travail, loisirs, rarement mobilisations collectives), parmi lesquels les réseaux de rencontres sexuelles tiennent une place importante (Le Talec, 2013). La séropositivité au VIH suscite des récits contrastés selon son ancienneté, de quelques mois à plus de vingt ans. Si son annonce a toujours provoqué un questionnement sur « l'après » social et sexuel, l'infection à VIH et son traitement sont perçus au moment des entretiens comme une situation banale et dédramatisée par tous les répondants.

#### 3.1. *Activité et pratiques sexuelles*

Tous les hommes interviewés disent être sexuellement actifs et rencontrer des partenaires occasionnels sur Internet, dans des *sex clubs*, des saunas ou au sein de réseaux privés. Ils évoquent un répertoire sexuel varié et mentionnent tous la pratique de la pénétration anale ; un sur deux est adepte du *fst*. Ces pratiques sont non protégées de manière épisodique, régulière ou systématique, et souvent assorties de procédures de séroadaptation (Le Talec et Jablonski, 2008). De ce point de vue, deux types de récits coexistent. Pour un tiers de l'échantillon (tous âgés de plus de quarante ans), la non-protection des rapports sexuels marque la totalité de leur parcours sexuel. Pour les autres, elle est plus récente : ils ont observé les règles de prévention après être devenus séropositifs, puis se sont engagés progressivement dans des rapports non protégés avec leurs partenaires réguliers et/ou occasionnels à partir de 1997 et souvent après 2000. Pour six d'entre eux, ce choix a précédé le diagnostic d'infection à VIH.

Deux répondants sur trois font référence au terme *bareback* pour décrire leur choix d'une sexualité sans préservatif avec des partenaires également séropositifs, évitant ainsi d'engager leur responsabilité « pour autrui » en regard du risque de transmission du VIH. Ils soulignent leur sensation de maîtriser leur activité sexuelle, même si un tel compromis

(qui les satisfait) comporte d'éventuels dommages, tels que des IST fréquentes. Après le diagnostic d'hépatite C, ces hommes ne souhaitent pas renoncer au *bareback*, mais envisagent d'être plus attentifs à des procédures de réduction des risques sexuels. Les autres répondants associent leurs pratiques non protégées à des circonstances accidentelles ou à une compulsion sexuelle décrite en termes de *relapse* ou d'« addiction au sexe ». Ils s'en tiennent à leur responsabilité « pour soi », sans démarche particulière de réduction des risques sexuels, en supposant que leurs partenaires de rencontre sont de même statut sérologique. Ils disent ne pas totalement maîtriser cette sexualité « compulsive », à laquelle certains aimeraient renoncer à l'avenir (Le Talec, 2013).

L'échantillon Hepaig-quali pourrait être qualifié d'hédoniste, tant la notion de plaisir sexuel est amplement commentée et associée aux pratiques non protégées, jugées plus satisfaisantes. Certains répondants estiment que cette sexualité procure aussi un bien-être psychique, en regard d'un stress quotidien : « *Si on fait ça, c'est que quelque part, ça nous détend, on fuit nos soucis du quotidien, du travail, du relationnel si on en a, de la société en général, donc c'est fuir un petit peu son mal-être... moi, c'est ma récréation !* » (Rob, 40 a).

### 3.2. Rapports à la médecine et au médicament

Tous les répondants, sauf cinq, suivent un traitement anti-VIH et, au moment de l'enquête, dix-sept sont en cours de traitement anti-VHC. Les interviewés témoignent d'une bonne connaissance du système de soins et des informations médicales relatives à leur état de santé. À des degrés divers, ils sont des patients-experts de l'infection à VIH et ils accordent une très grande confiance à leurs médecins et aux traitements qui leur sont prescrits. Les rares critiques émises portent plutôt sur le cadre et le mode d'exercice de la médecine, notamment sur l'hôpital.

La prise d'un traitement antirétroviral est vécue comme un geste quotidien nécessaire qui n'est pas anodin, mais pour la plupart il est très largement banalisé : « *Le traitement VIH, il est pas inexistant, mais j'en vois tellement peu les effets, ni avant, ni maintenant, que finalement, c'est comme si je prenais de l'aspirine* » (Marc, 40 a). Toutefois, cette banalisation masque souvent un sentiment de saturation, d'autant plus lorsque d'autres médicaments sont prescrits : « *[Le] problème, c'est plutôt quand se surajoutent d'autres traitements, éventuellement quand on attrape une angine, une grippe, quand il faut prendre des antibiotiques ou d'autres traitements [...], il y a un moment, ça devient difficile, il*

y a un phénomène de saturation » (Léo, 40 a). En cela, ces hommes sont très conscients d'être plongés dans un bain chimique permanent qui imprègne et modifie leur corps, ce qui peut susciter une crainte explicite : « *Et puis moi, j'ai pas envie de provoquer une maladie qui n'a rien à voir avec le machin parce que j'ai été bouffé par les médicaments pendant des années, quoi !* » (Tim, 45 a). La plupart, en tout cas, décrivent les effets de cette imprégnation, tant sur le plan physique que psychique.

## 4. Usages de drogues associés à la sexualité

La désignation « drogues » regroupe ici les substances psychoactives et celles améliorant les performances sexuelles, licites ou non.

### 4.1. Modes de consommation et temporalité

Tous les répondants font référence à l'ingestion ou à l'inhalation. Un seul relate une expérience d'injection : « *à un moment [...] j'ai un peu déconné et j'ai découvert les drogues injectées avec un copain de cul, mais ça s'est fait deux fois et toujours dans les règles les plus strictes...* » (Sacha, 35 a). Un autre décrit le dépôt de cocaïne sur la muqueuse anale : « *Je l'ai découvert dans le milieu du fist, parfois, les personnes déposent [la cocaïne] directement sur l'anus qui est une zone qui absorbe bien les substances* » (Carl, 35 a).

La consommation de drogues varie beaucoup au cours du temps et certains évoquent des usages passés : « *Beaucoup [de drogues] il y a six ans, avant de rencontrer mon ami, en fait, mais non, depuis six ans, plus de drogue* » (Arno, 35 a) ; « *À une époque... Oui, toutes les semaines j'en consommais [de la cocaïne], et maintenant, non, maintenant, c'est peut-être une fois par mois et encore* » (Noah, 40 a). Une attention particulière était dirigée, dans le second entretien, sur les six mois précédant le diagnostic d'hépatite C, mais le récit chronologique n'est pas toujours précis, il mêle souvent différentes époques plus ou moins récentes, jusqu'au présent du récit. Quant aux quantités utilisées selon les produits, elles sont rarement précisées.

### 4.2. Diversité des produits utilisés six mois avant le diagnostic d'hépatite C

Durant cette période, un seul répondant déclare n'avoir utilisé aucune drogue ; au cours de sa vie, il dit n'avoir testé que le poppers. Les trente

autres indiquent avoir consommé au moins une substance, parmi la douzaine mentionnée dans les entretiens : alcool, nitrites d'alkyles (poppers), chlorure d'éthyle (bombe du Dr Henning), cannabis (shit, herbe), cocaïne, acide gamma-hydroxybutyrique et butyrolactone (GHB/GBL ou G), méthylène-dioxy-méthylamphétamine (MDMA, ecstasy), métamphétamine (*crystal*), kétamine (*special K*), acide lysergique diéthylamide (LSD). Bien que les ethnographies des entretiens montrent que plusieurs répondants sont fumeurs, un seul mentionne le tabac. Il convient d'y ajouter des médicaments, pas toujours prescrits, et détournés de leur usage thérapeutique : anxiolytiques, antidépresseurs ou somnifères (13/30), stimulants de l'érection (11/30) et buprénorphine (1/30).

En termes d'effectifs de consommateurs selon les produits, le poppers arrive de loin en tête (26/30), suivi de l'ecstasy/MDMA (14/30), du GHB/GBL et de la cocaïne (13/30), du cannabis (12/30), et du Viagra/Cialis (11/30). Ensuite, sont cités par moins d'un tiers de l'échantillon la kétamine (6/30), le *crystal* (4/30), la « bombe » (3/30) et le LSD (2/30). L'alcool apparaît peu associé à l'activité sexuelle (9/30), en raison, pour certains, de l'incompatibilité avec le GHB/GBL qu'ils préfèrent consommer. Deux hommes évoquent néanmoins leur habitude de boisson, qu'ils ont réduite après le diagnostic d'hépatite C. La consommation de produits psychoactifs est surtout associée à l'activité sexuelle, mais quelques répondants rapportent un usage convivial (cannabis) ou festif (ecstasy, GHB...).

J'en consomme [du GHB] tous les week-ends. Donc c'est ou parce que je vais sortir, ou parce que je vais avoir un plan sexe. Et j'ai les deux effets complètement différents, c'est-à-dire que si je sors en discothèque, il va y avoir un effet du GHB qui va se manifester, c'est le côté plutôt convivial, le côté musical aussi, ce côté qu'on ressent un petit peu avec un ecsta, mais avec les effets secondaires en moins de l'ecsta avec le GHB. Et dans un rapport sexuel, c'est plutôt le côté sensuel, planant... Et je vais en consommer beaucoup moins dans un rapport sexuel parce qu'en général, quand j'ai un rapport sexuel, souvent, ça va être six heures d'affilée. (Théo, 35 a)

En termes de diversité des produits utilisés (séquentiellement comme en différentes occasions), l'échantillon se partage schématiquement en deux groupes : les « modérés » (16/30), qui citent de une à trois substances, et les « éclectiques » (14/30), qui mentionnent de quatre à neuf drogues différentes (cette typologie ne préjugeant ni de la fréquence d'usage ni des doses consommées). Pratiquement tous les répondants « modérés » utilisent du poppers, auquel s'ajoutent éventuellement un ou deux produits, le plus souvent l'alcool, le cannabis et/ou l'ecstasy.

Ces substances ne sont pas nécessairement consommées simultanément, notamment parce que certaines sont incompatibles entre elles.

Les répondants « éclectiques » sont également nombreux à citer l'usage de poppers et de cannabis, mais ce qui les caractérise plus particulièrement, c'est la consommation de drogues dites « récréatives » : cocaïne, GHB/GBL, *ecstasy*/MDMA, kétamine ou *crystal*.

Alors on fume avec avec [mon compagnon], lui il est aussi plutôt herbe... cannabis. Moi, c'est vrai que j'aime bien la cocaïne quand même. J'ai eu une période GHB avec des mecs, des types que j'ai rencontrés, il y en a un des deux qui est décédé d'une overdose au mois de juin, bon bref, un peu hard tout ça. Donc là, GHB, j'ai arrêté [...]. J'ai essayé un peu tout, avec un garçon avec qui j'avais des plans *fist*, MDMA, qu'est-ce qu'il y a d'autres, je sais plus... Poppers, ah oui, ça toujours, oui ! Kétamine aussi, j'ai essayé ça. Enfin bon, tous ces trucs, quoi... Ecsta aussi, oui. Ça, ça me fait pas trop d'effets. (Elias, 50 a)

Certaines substances sont associées afin de compenser leurs effets : ainsi, les stimulants de l'érection sont souvent combinés avec la cocaïne ou l'*ecstasy* (9/14) : « [...] *ça m'était arrivé justement quand je sortais beaucoup, l'année dernière, parce qu'on veillait généralement toute la nuit, on prenait de la cocaïne et généralement la cocaïne, ça fait un peu déblander, donc je consolidais ça avec un Viagra* » (Noah, 40 a). Ces hommes sont des expérimentateurs curieux, qui n'hésitent pas à tester des substances, dont parfois ils ignorent tout, comme ce répondant qui relate sa première expérience avec du chlorure d'éthyle : « *Ça se vend en bombe [...], donc c'est un espèce de gaz, je sais pas ce qu'il y a dedans, à vrai dire, ils mettent ça sur un mouchoir et puis il faut aspirer un peu par la bouche et puis ça fait le même effet que le poppers, ça dure pas plus de temps* » (Hugo, 40 a).

Cela ne les empêche pas de témoigner d'une certaine prudence, soit à la suite d'un accident, soit parce qu'une drogue leur paraît trop « effi-cace ».

GHB non, moi ça me réussit pas. Je fais des comas, donc non. Je suis tombé une fois, trois heures dans les pommes, ça m'a suffi. (Ange, 35 a)

[Le *crystal*] c'est une drogue, enfin, c'est un produit formidable parce que ça donne une excitation, ça donne un état d'excitation continu, de tonus continu, on voit pas le temps passer, ça dure des heures, des jours et donc, c'est un produit très dangereux. C'est un produit très dangereux, il faut faire très attention. (Léo, 40 a)

Enfin, quelques répondants intègrent des médicaments détournés de leur usage thérapeutique dans leur schéma de prise de produit : « *Pour conclure une soirée de plaisir où il y a eu beaucoup de consommation de drogue, notamment de cocaïne, et pour m'aider à m'endormir, j'ai une habitude de consommer deux Doliprane et un demi-Lexomil avant de m'allonger pour dormir, comme on dit pour descendre tranquillement, et puis m'assurer d'un sommeil profond et réparateur* » (Tony, 40 a).

### **4.3. Drogues et sexualité : pratiques et représentations**

Sur un plan biographique, les récits d'expériences au cours de la vie confirment la typologie proposée entre « éclectiques » et « modérés » : ces derniers déclarent n'avoir jamais essayé aucune drogue dite « récréative ».

#### **4.3.1. Bien-être, détente et endurance**

L'extrait qui suit illustre bien les liens entre vie sociale, sexualité et usage de drogues : la notion de « détente » opposée au « stress » de la vie courante, l'idée que les drogues contribuent au « bien-être » que procurent les rapports sexuels, l'idée aussi d'une progression dans l'usage de produits, mais d'une mise à distance de l'image convenue de la « toxicomanie ».

J'aborde la sexualité comme un moyen d'accéder à un certain bien-être, et plus particulièrement comme un moyen de me détendre. J'ai une activité professionnelle qui fait que je suis en quasi stress permanent, stress quelques fois négatif d'ailleurs, où je rentre dans des phases de dépression, de déprime. Eh bien je retrouve, dans mes activités sexuelles, un moyen de me détendre, de tout lâcher. Et je vais tellement loin [...] que c'est ce qui m'a probablement amené à ne considérer que les rapports sans préservatif, parce que c'est là où je trouve effectivement le moyen de me libérer complètement et de tout lâcher. Et bien entendu, dans cette approche-là, tout ce qui peut m'amener à garantir cette détente est bienvenu, et bien sûr, les substances illicites. Alors, ça a commencé par le poppers, dans les années 1980 déjà, et puis le cannabis bien sûr, et puis à l'occasion, eh bien j'ai commencé à découvrir la cocaïne, l'ecsta et ces dernières années, le GHB. J'ai eu l'occasion d'essayer une ou deux fois le *crystal* ou la kétamine. Bon, je ne suis pas un grand consommateur, parce que d'ailleurs, la plupart du temps, j'achète peu de choses. Je contribue éventuellement lorsqu'un de mes partenaires fournit, mais je me suis mis quelques principes, en l'occurrence, par exemple, je n'achète jamais de cocaïne parce que je pourrais sombrer très vite et puis me ruiner avec ce genre de choses. Mais je me surprends à sélectionner mes rencontres en fonction de la fourniture ou non de substances. (Tony, 40 a)

Deux arguments principaux viennent expliquer l'usage de produits en contexte sexuel : la détente et l'endurance pendant les rapports sexuels, qui reposent non seulement sur les effets psychologiques des drogues, mais aussi sur leur action somatique, par exemple sur l'éjaculation ou les pratiques sexuelles, qu'ils peuvent faciliter (*fist*) ou moduler (positionnement).

[L'ecstasy] toujours en fin de soirée parce que sinon, ça me détend trop et je ne suis plus actif. Parce que si je prends un ecsta, vous comprenez, comme je suis versatile, je deviens plus vulnérable, si vous voulez. C'est pas systématique, j'en prends quoi, tous les trois mois, *grosso modo*. (Rob, 40 a)

Les récits évoquent peu la désinhibition provoquée par les drogues, comme s'il s'agissait d'un effet attendu, commun à la plupart des produits et inclus dans la notion de « détente ». Ce répondant traduit parfaitement cet implicite : « *C'est vraiment le côté récréatif, comme on pourrait boire de l'alcool pour avoir une légère ivresse passagère et un petit peu se désinhiber, c'est plutôt ce côté-là que je recherche dans la drogue* » (Théo, 35 a). Quelques répondants indiquent toutefois qu'il y a des degrés dans cette désinhibition et qu'ils peuvent « doser » cet effet selon les circonstances.

Si c'est un plan où vraiment, on se met la tête à l'envers, où on a envie vraiment de partir, de déconnecter, de s'envoyer pfff, alors là, d'ici qu'il y ait de la kéta ou des choses comme ça, là... Mais il arrive que ce soit un plan plus soft, enfin, moins barré, mais de toute façon, il y en a toujours [du poppers], pour deux raisons, parce que ça permet aussi de partir, de déconnecter, et puis parce que ça a un effet sur les muscles, sur la détente. (Sacha, 35 a)

#### 4.3.2. Initiation, apprentissage et approvisionnement

Les interviewés décrivent le plus souvent une progression dans l'usage des différentes drogues et plusieurs associent la découverte d'un produit à un événement personnel marquant.

J'ai commencé le GHB, si je me souviens bien quelques semaines après ma rupture, il y a un petit peu plus de deux ans. [Le G] au début, j'en prenais vraiment très léger, mais c'est vrai que j'ai découvert ça avec quelqu'un que je connaissais déjà d'avant, en qui j'avais parfaitement confiance et donc, ça m'a peut-être amené à accepter plus en quantité et à en percevoir les effets de façon plus importante. Et donc ensuite, j'ai été amené à en acheter et c'est quelque chose que j'utilise [...] de manière assez courante. (Carl, 35 a)

Certains récits illustrent le rôle clé d'un « initiateur » dans la découverte des produits et des pratiques sexuelles qu'ils permettent. Il peut s'agir d'amis ou de simples partenaires de rencontre qui inspirent confiance.

Alors ça aussi, c'est le truc que j'ai développé beaucoup avec [un ami], que je vois quand même depuis quatre ou cinq ans. [II] est plutôt shit, cocaïne, un peu alcool, enfin, whisky coca. Il démarre avec ça. Puis si c'est pour faire durer... Il m'a appris aussi à faire des plans longs, à accepter de passer des nuits blanches, ce que j'avais beaucoup de mal à faire [...]. Moi je connaissais pas, donc il m'a appris beaucoup de choses ! Donc il est très dans ces pratiques-là, mais toujours très contrôlées, ça dérape jamais. Il décolle pas, il sait s'arrêter, il connaît ses limites, il s'écoute, il connaît son corps. Donc il m'a embarqué, il m'a appris plein de choses, ça a vraiment été un éducateur à la quarantaine bien tassée, mais bien ! C'était très intéressant d'ailleurs ! (Elias, 50 a)

L'apprentissage reste conditionné à la disponibilité des produits, mais la question de l'approvisionnement reste peu abordée, si ce n'est par l'intermédiaire de partenaires qui offrent ou vendent des drogues, dont l'origine n'est que rarement précisée. Un seul répondant évoque explicitement la notion de réseau et de trafic, à propos de la méthamphétamine : « *Les mecs qui en ont, c'est les mecs qui voyagent, très souvent qui bossent dans des compagnies aériennes, qui peuvent ramener ça facilement, généralement des États-Unis ou d'Angleterre, mais sur Paris, c'est quasiment impossible d'en trouver, enfin, moi j'ai pas les réseaux* » (Sacha, 35 a). Quelques répondants affirment d'ailleurs leur refus de recourir à l'achat de drogue, un moyen, parmi d'autres, de se tenir à distance du monde de la toxicomanie.

#### **4.3.3. Gérer l'usage des drogues : raison, maîtrise et contrôle**

S'il est utilisé par une partie des interviewés pour qualifier leur sexualité, le vocabulaire habituellement associé à l'usage de drogues est absent de leurs discours lorsqu'ils évoquent l'usage de produits. Les termes tels que « toxicomanie », « dépendance » ou « addiction » ne sont pratiquement jamais employés et les allusions à une éventuelle dépendance sont rares.

Oui, je dirais, [le GBL] c'est une dépendance psychologique un peu. Maintenant, c'est devenu un peu une habitude, un peu comme le poppers, quoi. On a l'habitude de sniffer un petit peu de poppers, c'est vrai qu'on a l'habitude de se prendre une dose [de G] quand on sent qu'il va y avoir un plan intéressant. (Rémi, 40 a)

La plupart des répondants insistent sur le fait qu'ils consomment des drogues de manière occasionnelle, épisodique. Certains soulignent clairement que le risque de dépendance ne les concerne pas. Cette mise à distance du monde de la toxicomanie, tel que les répondants se le représentent, est actualisée par la confusion que peut suggérer la survenue de l'hépatite C. Si une distinction semble devoir être réaffirmée, elle s'articule sur la symbolique de l'injection et du sang : « *Le VHC, c'est pas une maladie sexuelle, ça a toujours été la maladie, entre guillemets, des drogués, enfin, de ceux qui se transmettent du sang ou quoi que ce soit, ça n'a jamais été sexuel* » (Nino, 50 a). Il ne s'agit pas d'une simple question de mode de transmission, mais d'une distinction qui engage l'individu et son identité sociale et sexuelle.

Les personnes qui utilisent les produits d'injection, c'est leur vie à eux, ils en font ce qu'ils veulent, j'ai absolument rien... j'ai pas du tout un *a priori*. [...] Et moi, je suis pédé, je me fais enculer, je me fais fister, j'accepte sans aucun problème, par contre, j'ai pas envie d'être ce que je ne suis pas. J'assume ce que je suis, mais j'ai pas envie d'être ce que je ne suis pas. Et donc, la façon dont le VHC est, à l'heure actuelle, dans la société, me crée des problèmes vis-à-vis de mon entourage et des autres. Je pense que s'il n'y avait pas eu cette chose-là, j'en aurais parlé plus sereinement [de l'hépatite C]. Là, c'est une des raisons pour laquelle je n'en parle pas. (Max, 50 a)

Peu d'interviewés admettent donc être exposés au risque d'addiction, encore moins s'identifier au stéréotype du « drogué », ce qui implique un rapport particulier aux produits et à leurs usages. La consommation est présentée sous l'angle de la raison et du contrôle ; la plupart des répondants disent la maîtriser et se garder de tout abus.

Le pire, c'est que, dans la drogue, j'arrive à être très raisonnable. C'est-à-dire que j'aime tellement bien l'effet que ça me fait, que j'ai pas du tout envie d'en reprendre le lendemain, j'ai envie de le prendre occasionnellement pour faire la fête. Et même si j'ai les moyens, je pourrais prendre de la coke tous les jours, je veux pas, ou le MDMA tous les jours, ou la kétamine, j'ai envie que ce soit dans un cadre complètement festif, passer une bonne soirée ou passer un bon week-end, ou passer une bonne semaine, j'ai envie que ce soit dans ce registre-là. (Enzo, 50 a)

L'éventualité de perdre le contrôle de soi peut même susciter une véritable crainte : « [...] *parce que j'ai un peu peur, enfin, c'est un peu comme par rapport au poppers, mais je dirais que j'ai ce côté où j'ai envie quand même d'avoir les idées claires et de maîtriser quand même un peu les choses, j'ai pas envie de partir dans des délires...* » (Hugo, 40 a).

#### 4.4. Drogues, santé et réduction des risques

Comme l'explique un répondant : « *J'essaie de ne pas associer de la drogue avec des moments où je ne vais pas bien, parce que ça a toujours tendance à exagérer l'état dans lequel on est, et j'avais pas envie de consommer trop de drogue parce que je me sentais pas assez fort pour en accepter les effets* » (Noah, 40 a). Ces effets à plus ou moins long terme des drogues sur la santé et leurs interactions avec les traitements en cours sont toutefois largement méconnus : « *Une drogue, c'est pas fait pour aller mieux, donc est-ce que ça a des interactions sur le traitement ? Peut-être, je ne sais pas* » (Carl, 35 a).

##### 4.4.1. Toxicité et incompatibilité des drogues entre elles

Plusieurs interviewés décrivent des incidents liés à la consommation d'une ou plusieurs drogues associées, parfois à l'occasion d'une initiation à un nouveau produit.

Donc j'ai commencé à prendre [du chlorure d'éthyle en bombe], alors c'est vrai que c'est un peu *space* [...] mais ça fait un effet après, qui monte et qui est assez grandiose, [...] j'ai réessayé après, alors là, ça m'a fait un effet détonant, où j'ai cru que j'avais fait un accident, carrément cérébral, parce que, alors je sais pas, entre ce que j'avais pris, là, cette fois, j'avais pris de l'ecsta, du poppers, et donc cette fameuse bombe. [...]. Donc j'ai aspiré et alors là, je suis parti et j'ai entendu « clac », la musique à fond dans mes oreilles ! Alors j'avais bien gardé ma tête, mais tout en ne sachant plus trop où j'étais quand même. J'ai eu peur [et] je me suis dit, ça y est, ça a pété là-haut, et non, je suis redescendu ! (Jules, 50 a)

Dans cet exemple, il est difficile d'attribuer le malaise à l'un ou l'autre des produits consommés, ou à leur association, et donc d'autant plus de le prévoir. Néanmoins, les incompatibilités entre alcool et GHB/GBL d'une part et entre poppers et Viagra/Cialis d'autre part, sont connues et souvent citées, sans doute parce qu'elles ont fait l'objet de campagnes d'information. Après le diagnostic d'hépatite C, plusieurs répondants changent d'attitude à l'égard des drogues et prennent davantage conscience de leur éventuelle toxicité : « *Tout ce qui est GBL, GHB, je crois que c'est très toxique pour le foie, enfin je sais pas, je pense, donc j'ai arrêté, la coke, je n'en prends plus, le Subutex, pareil, effectivement, j'ai modifié pas mal de choses* » (Tom, 40 a).

#### 4.4.2. Réduction des risques de transmission des IST

L'usage de drogues peut également impliquer un risque de transmission d'IST, notamment du VHC. L'échange des pailles utilisées pour consommer de la cocaïne (ou d'autres drogues) reste la situation la plus discutée dans les entretiens. Quelques répondants étaient conscients de ce risque potentiel avant la survenue de leur hépatite C, mais la plupart des consommateurs de cocaïne en étaient peu ou mal informés.

Je savais pas que le fait de ne pas changer de paille... Ceci dit, je ne suis pas non plus peut-être connaisseur en coke, ni suffisamment consommateur pour le savoir, mais bon, ceci dit, je remarque quand même que les gens avec qui j'en ai fait, qui ont l'habitude d'en prendre largement plus et très souvent et à long terme, ils n'avaient pas l'air spécialement au courant non plus. Puisque quand je leur ai dit que moi, j'avais [une hépatite C] et que c'était possible que ça se soit transmis comme ça, ils sont tous allés se faire tester ! (Adam, 40 a)

Les précautions relatives à l'échange de pailles paraissent d'autant plus problématiques que la consommation de divers produits altère la vigilance des partenaires sexuels : « [...] *un plan cul où y'a des produits qui circulent, où tout le monde a pris et du G et du poppers et du MDMA et de la kétamine, etc., même quand on sait qu'il faut pas s'échanger les pailles, quand on est défoncé [...] on sait bien qu'on fait moins attention !* » (Sacha, 35 a). En questionnant les pratiques de consommation des répondants, il apparaît que d'autres dispositifs ou contenants circulent et sont échangés, notamment les inhalateurs de kétamine ou les flacons de poppers.

Maintenant, pour la kétamine, le petit flacon en plastique, c'est vrai que chacun respire, donc voilà ! Et sur les bouteilles de poppers aussi y'a des microbes et ça circule ! C'est pour ça que nous, les bouteilles de poppers, on avait dit qu'on les gardait pour soi, on voulait pas les partager. Mais pour le truc de kétamine, on n'y avait jamais réfléchi auparavant, on n'avait jamais fait le rapprochement. (Ange, 35 a)

Après le diagnostic d'hépatite C et le fait d'avoir été informés par leur médecin des risques liés aux dispositifs d'inhalation, les répondants concernés se disent sensibles aux mesures appropriées de réduction de ces risques (pailles à usage unique, contenants personnels) et pour la plupart décidés à changer leurs pratiques en conséquence, sans pour autant renoncer à l'usage de produits.

## 5. Discussion

### 5.1. *Biais d'enquête, qualité des entretiens et actualité des données*

La constitution « au fur et à mesure » du groupe d'entretiens à partir de l'échantillon primaire de l'étude Hepaig a permis d'éviter d'éventuels biais de localisation ou de réseaux, liés à un recrutement par les pairs ou de proche en proche (Jauffret-Roustide, 2003 ; Blanchet et Gotman, 2005). Néanmoins, le principe d'un consentement préalable a peut-être détourné les hommes les plus jeunes ou les moins insérés socialement (Prestage *et al.*, 2007). Le critère principal d'inclusion de l'échantillon primaire Hepaig constitue en soi un autre biais, puisque la transmission récente du VHC est souvent associée à l'usage de drogues (Léobon *et al.*, 2009 ; Larsen *et al.*, 2011). En conséquence, le sous-échantillon Hepaig-quali se trouve constitué selon ce même biais<sup>2</sup>.

Les entretiens réalisés après le diagnostic d'hépatite C confrontent ces hommes aux choix qu'ils ont faits au cours de leur vie sexuelle, au risque d'être perçus comme une forme de contrôle des conduites, voire de jugement moral, ce qui peut éclairer certaines formes de récits *a posteriori* (Bourdieu, 1986). Cependant, le choix méthodologique de deux rencontres successives a créé un lien social d'entretien qui s'est prolongé d'une entrevue à l'autre, en instaurant une confiance *a minima* avec le sociologue, propre à faciliter le récit de l'intime (Fournier et Escots, 2010a).

Les produits et leurs usages reflètent en partie la situation du « marché des drogues » au moment de l'enquête. Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), l'usage de drogues associé à la sexualité chez les gais s'est notablement développé pendant le déroulement du terrain Hepaig-quali (Cadet-Taïrou *et al.*, 2010). La diversité des produits utilisés par les répondants en 2007-2008 correspond aux données d'enquête du dispositif Trend à Paris, pour la même période (Halfen, Vincelet et Grémy, 2008). En revanche, les entretiens ne révèlent pas l'arrivée des nouveaux produits de synthèse à partir de 2008, principalement les cannabinoïdes de synthèse et les cathinones (Gandilhon *et*

---

2. D'un point de vue statistique, l'échantillon d'entretiens (n = 31) ne diffère pas significativement de l'échantillon primaire Hepaig (n = 80) ni du sous-échantillon de l'enquête par autoquestionnaires (n = 53), en regard des principaux critères socio-démographiques, épidémiologiques ou comportementaux (Annie Velter, communication personnelle, non publié).

*al.*, 2010), ni l'usage de produits injectés, une pratique qui se développe marginalement à partir de 2010 (Foureur *et al.*, 2013 ; Cadet-Tairou *et al.*, 2013). L'enquête Hepaig-quali est donc « située » dans le temps et dans l'espace : si le « marché » et les usages chez les gais ont évolué à la marge depuis 2008, les entretiens ont capté l'essor de la consommation associée à l'activité sexuelle, non démenti jusqu'à présent, ce qui valorise les résultats présentés ici.

## 5.2. Drogues, sexe et culture festive gaie

En population générale, le recours aux drogues reste fortement genré, avec une majorité d'hommes consommateurs (environ quatre hommes pour une femme, Costes, 2010). L'utilisation de produits en milieu gai s'inscrit dans ce constat : c'est aussi, et avant tout, un phénomène masculin.

Dans l'enquête Hepaig-quali, la prévalence de l'usage de substances psychoactives et/ou de performance apparaît particulièrement élevée. Une telle proportion reste cohérente avec les données quantitatives disponibles (Prestage *et al.*, 2007 ; Léobon *et al.*, 2009 ; Velter *et al.*, 2010), mais doit être relativisée, parce qu'elle globalise l'ensemble des produits consommés, quelle qu'en soit la fréquence (au moins un produit, au moins une fois). L'enquête menée par Prestage *et al.* en 2004 et 2005 indique des proportions moindres dans le cas de consommations au moins mensuelles ou hebdomadaires : respectivement 17 % et 11 % pour le poppers, 13 % et 5 % pour l'ensemble des drogues récréatives (Prestage, 2007).

Malgré ces précautions, l'enquête Hepaig-quali dégage l'impression que consommation de drogues et activité sexuelle sont étroitement associées, au moins de manière épisodique, voire systématique comme l'indiquent plusieurs récits concernant l'alcool, le cannabis, le poppers, le GHB ou, dans une moindre mesure, la cocaïne. Mais les interviews soulignent tout autant que la fréquence d'usage et la diversité des produits varient beaucoup dans le temps, en fonction des initiations, des pratiques sexuelles, des rencontres, des réseaux ou des lieux fréquentés, de la vie affective et de l'état de santé physique et psychique. En s'appuyant sur les parcours biographiques et les récits de pratiques, ces usages associés à la sexualité peuvent être qualifiés de *situationnels*, ce qui élargit l'hypothèse « *contextuelle* » de Prestage *et al.* (2007, S53).

Lorsqu'ils consomment des drogues, les interviewés font surtout référence aux lieux de consommation sexuelle et aux parties privées, assez peu au milieu festif (bars, clubs, *afters*...). Le profil typique du

*clubber* gai amateur de drogues semble quasi absent d'Hepaig-quali (comme il l'est de l'enquête Trend, malgré un processus d'inclusion fort différent ; Fournier et Escots, 2010a), ce qui donne en conséquence très peu d'information sur cette culture festive gaie, par ailleurs remarquablement ethnographiée (Gaissad, 2013). Dans le cas d'Hepaig-quali, le contexte de prise en charge de l'hépatite aiguë C, accompagné d'un discours médical « explicatif » fondé sur le lien drogues/sexualité a peut-être orienté les récits en ce sens et conduit les répondants à relativiser leurs autres expériences d'usage. Fournier et Escots identifient deux moments propices « à une consommation accrue de substances psychoactives : celle suivant l'annonce de la séropositivité et celle de la reprise de l'activité sexuelle » (2010b, p. 109). Au-delà de ces moments biographiques particuliers, Hepaig-quali permet d'approfondir la compréhension des liens entre drogues, médicaments et sexualité, dans le contexte de la séropositivité.

### **5.3. Plaisirs chimiques, bien-être global**

Ces « plaisirs chimiques » englobent les expériences, les sensations et les représentations satisfaisantes associées à l'activité sexuelle vécue sous l'influence de substances psychoactives. La compréhension des enjeux de l'usage de drogues passe par la structure des récits, dans lesquels la consommation de produits est subordonnée à un objectif de maximisation du plaisir sexuel et assez rarement appréciée en tant que telle. Ces discours ordonnant les plaisirs s'inscrivent dans la mise à distance d'un stéréotype de la « toxicomanie », qui voudrait que la drogue soit un plaisir en soi (ce qui transparait cependant dans quelques entretiens). Dans cet échantillon, les pratiques sexuelles apparaissent en fait comme la principale causalité de l'usage de drogues, et non l'inverse (Race, 2009 ; Fournier et Escots, 2010a). Quelques répondants indiquent que la prise de produits facilite les pratiques sexuelles telles que le *fist*, mais la plupart évoquent un effet global, en termes de détente, d'endurance et de performance. *In fine*, c'est l'activité sexuelle qui est vécue comme désinhibitrice, d'autant plus lorsqu'elle est pratiquée sans protection, et les substances ne viennent que renforcer cet effet. La sexualité et l'usage de drogues font écho au stress du quotidien, présent dans presque tous les récits, qu'il soit lié au travail, à la vie affective ou à l'état de santé physique ou psychique (Linard et Le Talec, 2016). Kane Race évoque cette causalité, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'hommes gais infectés par le VIH, soumis au « stigmatisme social qui pèse sur l'idée même d'une sexualité active d'individus séropositifs » (2009, p. 180). Mais il ajoute

que cela conduit à dénier en partie leur capacité à créer du plaisir en les définissant seulement en termes de déficits, rejoignant sur ce point d'autres auteurs (Rofes, 2010 ; Hurley, 2010).

L'intérêt des drogues réside aussi dans leur capacité à prolonger l'intensité et la durée de l'activité sexuelle. L'usage détourné des traitements des dysfonctions érectiles permet d'assurer une érection « fonctionnelle » lorsqu'elle est perturbée par d'autres produits (ecstasy, par exemple), ou d'en augmenter la durée pour accompagner des substances stimulantes (cocaïne). Que ces médicaments assurent également une fonction de réassurance de la performance virile n'est pas à exclure, tant le genre en structure les usages prescrits ou récréatifs. La notion d'endurance semble essentielle au maintien de l'activité sexuelle sur de longues périodes (plusieurs heures, voire plusieurs jours) et nourrit l'objectif de « faire durer le plaisir ». Bien qu'il soit explicitement peu commenté, l'effet désinhibiteur des drogues pourrait jouer un rôle dans la levée d'éventuels interdits moraux, ou dans la relativisation de risques potentiels associés à ces pratiques (Race, 2009 ; Fournier et Escots, 2010a).

Les « plaisirs chimiques » sont aussi associés à des formes spécifiques de sociabilité, qui créent des liens fondés sur l'expérience de sensations vécues en commun et sur le don ou le commerce de substances. Ces liens reposent donc sur diverses formes d'échanges et sont manifestes lors de l'expérimentation d'une drogue inconnue, proposée par un initiateur jugé compétent (Fournier et Escots, 2010 a). Ils impliquent des conseils et éventuellement des soins portés aux autres, notamment en cas d'accident toxique (Gaissad, 2013). La circulation d'informations sur les produits, l'apprentissage des pratiques et l'entraide reposent sur une forme d'expertise profane et de « pharmacologie populaire », appliquées à un usage des drogues à moindre risque (Southgate et Hopwood, 2001).

#### **5.4. Jugement moral, responsabilité et identité**

Les enquêtes véhiculent à l'évidence des éléments d'un discours moral dominant sur la sexualité et les drogues, assez banal, d'autant plus dans le contexte du VIH (Race, 2009). Pour une minorité d'entre eux, ce ne sont pas tant les produits qui posent problème, que leurs pratiques sexuelles qu'ils qualifient d'« addiction au sexe », expression qu'ils n'emploient pas à propos des drogues, mais qui vient qualifier une conduite sexuelle supposément anormale (Levine et Troiden, 1988). Les autres répondants, qui se réfèrent au *bareback*, jugent leur conduite sexuelle peu problématique tout en leur procurant un plaisir plus intense (Le Talec, 2013) et se

réfèrent à un choix réfléchi reposant sur un argument de responsabilité individuelle, qui fait écho à la construction sociale d'un sujet séropositif autonome et autodiscipliné après l'avènement des multithérapies, dans un processus de « normalisation paradoxale du sida » et de « privatisation » de l'épidémie (Setbon, 2000 ; Race, 2009).

La consommation de drogues fait aussi l'objet d'un discours qui vise à instaurer la plus grande distance possible avec le stéréotype du « toxicomane ». Il se décline selon plusieurs thématiques convergentes : le déni de l'addiction, le contrôle de la consommation et le rejet de l'identité de « drogué ». Bien que plusieurs récits laissent penser qu'une habitude de consommation s'est installée, peu évoquent l'éventualité d'une dépendance. Au contraire, les usages sont décrits comme étant guidés par la raison, la maîtrise et l'autocontrôle, avec certains interdits : pas d'injection, pas d'achat ou de détention de certains produits (Fournier et Escots, 2010 a). La survenue d'une hépatite aiguë C laisse planer le doute sur son origine, mais toute « confusion » est exclue : les répondants assument leur identité de gais séropositifs, mais refusent d'être assimilés à celle de « drogués », sans doute moralement plus péjorative à leurs yeux. En retour, le « risque VHC », associé dans leur esprit à l'injection de drogue, *ne pouvait donc pas* les concerner directement.

### **5.5. Plaisirs chimiques, entre médecine, médicaments et drogues**

Les récits font apparaître des convergences entre drogues et médicaments, qui se confondent dans un *continuum* pharmacologique, que les répondants disent plus ou moins maîtriser. Certains médicaments sont utilisés comme des drogues – les anxiolytiques sont des *downers* – tandis que certaines drogues font fonction de médicaments – le cannabis en situation de stress. Déjà conscients que leur corps est imprégné par les traitements quotidiens, ces hommes ne montrent guère d'appréhension à consommer une ou plusieurs substances.

Cette convergence entre drogues et médicaments se trouve encore renforcée par les discours sur la confiance, la banalisation et la responsabilité. La confiance exprimée envers les pairs qui les initient à de nouvelles drogues rappelle celle qu'ils accordent aux médecins et aux traitements prescrits. L'expertise médico-pharmaceutique et la « pharmacologie populaire » sont perçues avec un même optimisme et une solide croyance dans la technologie chimique. La banalisation vient qualifier les traitements antirétroviraux, tout comme l'usage de drogues.

Certes, dans les deux cas, le geste n'est jamais tout à fait anodin et suscite une certaine prudence quant à ses conséquences imprévues, telles que les effets indésirables de tel médicament ou l'intolérance à telle drogue, et aux effets à plus long terme sur leur état de santé de ce « bain chimique » qui imprègne leur corps. Mais d'autres médicaments sont là pour corriger ces inconvénients... Ni la prise de médicaments ni la consommation de drogues ne sont finalement décrites dans un registre de dramatisation ou de culpabilisation, mais sont évoquées comme des pratiques banales, normalisées et moralement encadrées.

La responsabilité individuelle, enfin, est d'abord requise comme règle sociale et construit l'idéal de « bonne conduite » du patient, sur lequel la médecine a transféré une part du succès thérapeutique dans le contexte de post-crise du sida (Race, 2005). Cette injonction normative est rendue quasi implicite, simplement rapportée à une « bonne observance » des traitements. L'idée d'un *continuum* médicaments-drogues explique que ce cadre moral s'applique aussi à l'usage de substances (licites, illicites, détournées...), que les répondants jugent utile à leur sexualité, sans s'exposer au stigmate associé à la « toxicomanie ». La responsabilité individuelle gouverne donc les pratiques « maîtrisées » de consommation, mais c'est dans le domaine de la sexualité qu'elle prend sa place la plus explicite, puisqu'elle sous-tend le discours de liberté personnelle et constitue l'argument principal avancé en faveur de rapports non protégés et de réduction des risques sexuels, contribuant ainsi à la revendication d'un plaisir sexuel plus intense, amplifié et prolongé par les drogues. Cette dialectique responsabilité/plaisir fait écho aux évolutions contemporaines des normes sociales, en s'appuyant désormais sur « l'accomplissement de soi et l'évaluation des risques », plutôt que sur « le devoir éthique et l'inquiétude morale vis-à-vis de l'Autre » (Bauman, 2009, pp. 64-65), et donne sens à la conduite de ces hommes (Boudon, 1999).

## 6. Conclusion : perspectives de santé publique

Dans cet échantillon d'homosexuels séropositifs assez emblématique des transformations de l'épidémie de VIH/sida, la sexualité constitue la clé de compréhension d'un ensemble de conduites. Alors que la crise du sida avait imposé un déni implicite de la sexualité des gais séropositifs, la « révolution thérapeutique » a permis de la réinventer, dans un relatif entre-soi avec de nouveaux codes et de nouveaux réseaux. Ces hommes, bien insérés socialement, « évoluent dans deux univers moraux », celui

« des responsabilités quotidiennes d'individus normés » et celui d'une sexualité d'évasion « dont les prescriptions normatives relatives au sexe, au genre et au VIH sont jugées moins pertinentes et mises de côté » (Race, 2009, p. 173). Une telle sexualité peut paraître paradoxale, puisqu'elle relativise les dommages potentiels et les moyens de les éviter ; les « compromis acceptables », que décrivait Michael Pollak au début de l'épidémie entre risque pour la santé et risque de solitude, ont simplement été actualisés (Pollak, 1988). La causalité liant « consommation de drogues » et « prise de risques sexuels » s'avère secondaire, en regard d'un objectif principal de plaisir et de sociabilité rassurante (Rowe et Dowsett, 2008 ; Holt, 2011). Pour ces hommes, c'est bien le mode d'interaction sexuelle entre individus qui constitue le risque principal, et non celui de consommer des substances psychoactives (sachant que ce choix-là comporte d'autres risques d'accidents et d'altération de la conscience ou de la vigilance). Ils disent enfin gérer sans difficulté leur identité de « gais séropositifs », mais refusent d'endosser celle de « drogués », avec pour conséquence des connaissances limitées en matière de réduction des risques et des dommages.

L'enquête Hepaig-quali suggère plusieurs pistes en matière de promotion de la santé. En premier lieu, les outils développés dans le cadre spécifique de l'usage de drogues apparaissent peu appropriés à la population des hommes gais séropositifs. Une approche centrée sur la sexualité, mieux adaptée à leur identité pour soi, semble plus pertinente, tout en apportant une meilleure information sur les risques associés à l'usage de drogues en contexte sexuel ou festif (risque toxique, risque infectieux). En second lieu, de telles interventions ne peuvent reposer sur un quelconque idéal de « conduites morales » ou d'« injonctions sanitaires » qui aurait fort peu d'écho auprès d'hommes dont les comportements sont déjà orientés par un ensemble de contraintes, de jugements et de valeurs où le plaisir et la responsabilité pour soi occupent une place stratégique. Les entretiens illustrent clairement ce point : malgré la survenue récente d'une hépatite aiguë C, les répondants n'ont en majorité aucune intention de modifier radicalement leurs pratiques ; ils se disent simplement sensibles à la possibilité de mieux réduire les risques liés à une sexualité non protégée et à l'usage de diverses drogues, en ayant conscience que ces mesures ne les mettront pas totalement à l'abri ni des IST, ni d'une nouvelle contamination par le VHC, ni de dommages toxiques à court ou à long terme (Le Talec, 2013). Au contraire, ces interventions doivent s'appuyer sur le respect des individus dans leur contexte, ou sur ce que Kane Race désigne sous le terme de « santé contre-publique » (*counterpublic health*), fondée sur l'observation des « stratégies collectives

remarquablement efficaces et novatrices de groupes infériorisés, traduisant leurs tentatives de protéger leur propre santé et d'assurer leur survie dans un contexte de menaces tel que celui de l'épidémie de VIH/sida » (2009, p. 162). Pour le dire autrement, « s'intéresser uniquement aux aspects négatifs ne nous aide pas à comprendre comment et pourquoi l'alcool et les drogues tiennent une telle place dans le groupe social des hommes gais » (O'Byrne et Holmes, 2011, p. 12).

## Bibliographie

- Act Up-Paris (2009). « J'aime l'ecstasy. Je suis pédé aussi ». Tract et communiqué. En ligne : <http://www.actupparis.org/spip.php?article2642> (consulté le 15 juillet 2013).
- Bauman, Z. (2009). *L'éthique a-t-elle une chance dans un monde de consommateurs ?* Paris, Climats.
- Blanchet, A., Gotman, A. (2005). *L'entretien*. Paris, Armand Colin.
- Boudon, R. (1999). « La "rationalité axiologique" : une notion essentielle pour l'analyse des phénomènes normatifs », *Sociologie et sociétés*, 31(1) 103-117.
- Bourdieu, P. (1986). « L'illusion biographique », *Actes de la recherche en sciences sociales*, 62-63, 69-72.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Lahaie, E., Chalumeau, M., Coquelin, A., Toufik, A. (2010). *Drogues et usages de drogues en France. État des lieux et tendances récentes 2007-2009*. Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND. Saint-Denis, OFDT.
- Cadet-Taïrou, A., Gandilhon, M., Lahaie, E., Martinez, M., Dambélé, S., Saïd, S. (2013). « Marchés, substances, usagers : les tendances récentes (2011-2012) », *Tendances*, 86, 1-8.
- Costes, Jean-Michel (dir.) (2010). *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, vus au travers du dispositif Trend*. Saint-Denis, OFDT.
- Danta, M., Brown, D., Bhagani, S., Pybus, O. G. et al. (2007). « Recent epidemic of acute hepatitis C virus in HIV-positive men who have sex with men linked to high-risk sexual behaviours », *AIDS*, 21(8) 983-991.
- Dean, T. (2009). *Unlimited intimacy. Reflections on the subculture of barebacking*. Chicago, The University of Chicago Press.
- Fontaine, A. (2001). « Nouvelles drogues, nouveaux usages. Évolution de la consommation de substances psychoactives en France et en Europe et particularités du milieu festif », *Toxibase*, 4, 1-14.
- Foureur, N., Fournier, S., Jauffret-Roustide, M., Labrouve, V. et al. (2013). *Slam : première enquête qualitative en France*. Pantin, Aides.
- Fournier, S., Escots, S. (2010a). *Homosexualité masculine et usage de substances psychoactives en contextes festifs gais. Enquête ethnographique à Paris et Toulouse en 2007-2008*. Paris, OFDT.
- Fournier, S., Escots, S. (2010b). Les milieux festifs gais : des usages spécifiques ? In J.-M. Costes (dir.), *Les usages de drogues illicites en France depuis 1999, vus au travers du dispositif TREND* (pp. 106-113). Saint-Denis, OFDT.

- Gaissad, L. (2013). « La démente ou la dépense ? Le circuit festif gay entre consommation et consommation », *Ethnologie française*, 43(3) 409-416.
- Gambotti, L., and the acute hepatitis C collaborating group (2005). « Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001-2004 », *Euro Surveillace*, 10(5) 115-117.
- Gandilhon, M., Cadet-Taïrou, A., Lahaie, E., Chalumeau, M. (2010). « Drogues illicites : les observations du dispositif TREND en 2009 », *Tendances*, 73, 1-6.
- Halfen, S., Vincelet, C., Grémy, I (2008). *Toxicomanie et usages de drogues à Paris : état des lieux en 2007 et évolutions. Tendances récentes et nouvelles drogues (TREND)*. Paris, Observatoire régional de santé d'Île-de-France.
- Holt, M. (2011). « Gay men and ambivalence about 'gay community': from gay community attachment to personal communities », *Culture, Health & Sexuality*, 13(8) 857-871.
- Hurley, M. (2010). VIH, santé sexuelle et cultures gaies contemporaines. In O. Jablonski, J.-Y. Le Talec, G. Sidéris (dir.), *Santé gaie* (pp. 117-142), Paris, L'Harmattan et Pepper.
- Inserm (1997). *Ecstasy. Des données biologiques et cliniques aux contextes d'usage*. Paris, Éditions Inserm.
- Jauffet-Roustide, M. (2003). Les pratiques de consommation de substances psychoactives chez les homosexuels masculins. In C. Broqua, F. Lert, Y. Souteyrand (dir.), *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires* (pp. 181-197). Paris, ANRS.
- Kippax, S., Campbell, D., Van de Ven, P., Crawford, J. et al. (1998). « Cultures of sexual adventurism as markers of HIV seroconversion: A case control study in a cohort of Sydney gay men », *AIDS Care*, 10(6) 677-688.
- Larsen, C., Chaix, M. L., Le Strat, Y., Velter, A. et al. (2011). « Gaining Greater Insight into HCV Emergence in HIV-Infected Men Who Have Sex with Men: The HEPAIG Study », *PLoS ONE*, 6(12) e29322. doi:10.1371/journal.pone.0029322
- Le Talec, J.-Y. (2007). *Bareback et construction sociale du risque VIH chez les hommes gais*. In M. Bozon, V. Doré (dir.), *Sexualité, relations et prévention du VIH/sida chez les homosexuels masculins : nouveaux enjeux, nouvelles recherches, nouvelles actions* (pp. 71-86). Paris, ANRS.
- Le Talec, J.-Y. (2013). « When 'raw sex' turns to a 'raw deal'... Taking the opportunity to think about sex? Interviews with HIV-positive gay men diagnosed with acute hepatitis C », *Culture, Health & Sexuality*, 15(10) 1133-1147.
- Le Talec, J.-Y., Jablonski O. (2008). « Seroadaptation instead of serosorting, a broader concept et a more precise process model », poster *XVII International AIDS Conference*, Mexico, 3-8 août.
- Léobon, A., Drouin, M.-C., Otis, J., Velter, A. (2009). « Résultats du Net Gay Baromètre 2009, mise en perspective des résultats en regard des répondants se déclarant séropositifs », en ligne : [http://www.gaystudies.org/NGB2009FR/synthese\\_NGB2009\\_seropositifs.pdf](http://www.gaystudies.org/NGB2009FR/synthese_NGB2009_seropositifs.pdf).
- Léobon, A., Velter, A., Engler, K., Drouin, M.-C., Otis, J. (2011). « A relative profile of HIV-negative users of French websites for men seeking men and predictors of their regular risk taking: a comparison with HIV-positive users », *AIDS Care*, 23(1) 25-34.
- Levine, M., Troiden, R. (1988). « The myth of sexual compulsivity », *Journal of Sex Research*, 25(3) 347-363.

- Linard, F., Le Talec, J.-Y. (à paraître, 2016). « La raison et la pulsion. Aspects psychologiques et sociologiques de la prise de risques et de la consommation de produits dans l'étude HEPAIG (2007-2008, France) ».
- Mansergh, G., Shouse, R. L., Marks, G., Guzman, R., Rader, R. *et al.* (2006). « Metamphetamine and sildenafil (Viagra) use are linked to un protected receptive and insertive anal sex, respectively, in a sample of men who have sex with men », *Sex Transm Infect*, 82(2) 131-134.
- Mattison, A. M., Ross, M. W., Wolfson, T., Franklin, D. (2001). « Circuit party attendance, club drug use, and unsafe sex in gay men », *J Subst Abuse*, 13(1-2) 119-126.
- O'Byrne, P., Holmes, D. (2011). « Desire, drug use and unsafe sex: a qualitative examination of gay men who attend gay circuit parties », *Culture, Health & Sexuality*, 13(1) 1-13.
- Piroth, L., Larsen, C., Binquet, C., Alric, L. *et al.* (2010). « Treatment of acute hepatitis C in human immunodeficiency virus-infected patients: The HEPAIG study », *Hepatology*, 52(6) 1915-1921.
- Pollak, M. (1988). *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*. Paris, Métailié.
- Prestage, G., Fogarty, A. S., Rawstorne, P., Grierson, J., Zablotska, I. *et al.* (2007). « Use of illicit drugs among gay men living with HIV in Sydney », *AIDS*, 21(suppl 1) S49-S55.
- Race, K. (2005). « Recreational States: Drugs and the Sovereignty of Consumption », *Culture Machine*, 7, en ligne: [www.culturemachine.net/index.php/cm/article/view/28/35](http://www.culturemachine.net/index.php/cm/article/view/28/35).
- Race, K. (2009). *Peasure consuming medicine. The queer politics of drugs*. Durham, Duke University Press.
- Rauch, A., Rickenbach, M., Weber, R., Hirschel, B. *et al.* (2005). « Unsafe sex and increased incidence of hepatitis C virus infection among HIV-infected men who have sex with men: the Swiss HIV Cohort Study », *Clinical Infectious Diseases*, 41, 395-402.
- Rofes, E. (2010). Gay bodies, Gay Selves. Comprendre le mouvement de santé gaie américain. In O. Jablonski, J.-Y. Le Talec, G. Sidéris (dir.), *Santé gaie* (pp. 45-65). Paris, L'Harmattan et Pepper.
- Ross, M. W., Mattison, A. M., Franklin, D. R. Jr (2003). « Club drugs and sex on drugs are associated with different motivations for gay circuit party attendance in men », *Subst Use Misuse*, 38(8)1173-1183.
- Rowe, M. S., Dowsett, G. W. (2008). « Sex, love, friendship, belonging and place: Is there a role for 'Gay Community' in HIV prevention today? », *Culture, Health & Sexuality*, 10(4) 329-344.
- Setbon, M. (2000). « La normalisation paradoxale du sida », *Revue française de sociologie*, 41(1) 61-78.
- Southgate, E., Hopwood, M. (2001). « The role of folk pharmacology and lay experts in harm reduction: Sydney gay drug using networks », *International Journal of Drug Policy*, 12(4) 321-335.
- Velter, A. (2007). Comportements sexuels à risque vis-à-vis du VIH et des IST et stratégies de réduction des risques sexuels. In A. Velter (dir.), *Rapport Enquête Presse Gay 2004* (pp. 15-32). Saint-Maurice, InVS.

- Velter, A., Jauffet-Roustide, M. (2007). Consommation de substances psychoactives. In A. Velter (dir.), *Rapport Enquête Presse Gay 2004* (pp. 47-56). Saint-Maurice, InVS.
- Velter, A., Barin, F., Bouyssou, A., Le Vu, S., Guinard, J. *et al.* (2010). « Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant des lieux de convivialité gay parisiens, Prevagay 2009 », *BEH*, 45-46, 464-467.