

# Prévention et sexualité gay : entre prévalence et autonomie

Compte-rendu de la journée d'étude du 20 mai 2010

Vladimir Martens

Le 20 mai 2010, l'Atelier genre et sexualités de l'ULB a organisé une journée d'étude intitulée « Prévention et sexualité gay, entre prévalence et autonomie », à l'occasion de la venue de David M. Halperin (University of Michigan) pour une conférence autour de son dernier livre « What do gay men want ? An essay on sex, risk, and subjectivity » (The University of Michigan Press, 2007).

Cette journée était organisée en collaboration avec le GRAP (ULB) et l'Observatoire du sida et des sexualités (FuSL).

Le texte qui suit présente un compte-rendu synthétique de la journée et quelques réflexions transversales que j'ai pu partager avec le public à la fin de la journée d'étude.

## I. Compte-rendu de la journée

La matinée était consacrée à une présentation de plusieurs dispositifs novateurs de recherche et de dépistage « in vivo », « délocalisés » ou encore « hors les murs ». Il avait été demandé aux intervenants de mettre surtout en évidence les éléments méthodologiques de ces dispositifs plus que les résultats, même si ceux-ci ont été évoqués.

**Annie Velter (InVS)** a présenté le dispositif de l'enquête épidémiologique qu'elle a coordonnée dans des établissements gays à Paris. Cette enquête intitulée PREVAGAY avait pour objectifs d'estimer la prévalence et l'incidence de l'infection par le VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les lieux de convivialité parisiens, de décrire leurs comportements et les déterminants des prises de risque sexuels. L'enquête comportait deux volets, l'un biologique (prélèvement de gouttes de sang sur un buvard) et l'autre comportemental (questionnaire rempli par les participants). Les résultats peuvent être consultés sur le site dédié au projet<sup>1</sup>. Parmi les principaux, on retiendra une prévalence du VIH de 18% et une incidence (obtenue par l'utilisation d'un test d'infection récente) de 7,5 cas pour 100 personnes par année. La prévalence était auparavant seulement estimée sur la base d'auto-déclarations dans des enquêtes comportementales, sachant qu'une partie des répondants dans ce type d'enquêtes ne connaissent pas leur véritable statut sérologique, n'en sont pas sûrs ou ne souhaitent pas le dévoiler, même dans l'anonymat. L'enquête PREVAGAY permet de comparer le statut sérologique déclaré au statut mesuré biologiquement : elle révèle que 20% des personnes séropositives se déclarent séronégatives ou séro-interrogatives.

L'enquête en elle-même présente des spécificités. Tout d'abord, elle implique la réalisation de prélèvements biologiques dans des lieux de convivialité. Ensuite, les participants ne reçoivent pas les résultats des analyses. Malgré ces caractéristiques, le taux d'acceptation des participants (58%) est considéré par les chercheurs comme satisfaisant.

**Annie Velter** a mis en évidence quelques éléments méthodologiques à prendre en considération étant donné les spécificités de la recherche. Un important travail de préparation a été effectué en amont, notamment la négociation avec les associations gay de lutte contre le sida. Une campagne d'information en direction du public a également été menée via divers outils (flyers, site Internet spécifique, affiches, communiqués de presse), suscitant parfois des réactions violentes de la part du public, notamment sur des blogs. A l'issue de la recherche, la communication des résultats a fait l'objet d'un véritable accompagnement des associations. Une restitution vers les usagers des lieux investigués est également prévue.

---

<sup>1</sup> <http://www.prevagay.fr/>

Une enquête de prévalence intitulée FAQ IT ! a été menée en Flandre selon un dispositif comparable à l'enquête PREVAGAY. **Tom Platteau (ITG)** en a présenté les grandes lignes (en remplacement de **Wim Vanden Berghe**, qui s'était excusé). Quelques différences peuvent être pointées par rapport à l'enquête française en termes de méthode : sélection d'une diversité de lieux selon leurs caractéristiques (saunas, sex clubs, boîtes de nuit dans lesquelles la consommation sexuelle est possible, lieux festifs fréquentés par des jeunes de moins de 25 ans), sélection aléatoire des participants à l'entrée des établissements, offre d'un incitant (un verre dans l'établissement), formalisation de critères d'exclusion (être mentalement ou physiquement « inapte » (unfit) pour participer).

**Tom Platteau** a ensuite présenté le dispositif de dépistage du VIH, de la syphilis et des hépatites A-B-C anonyme et gratuit mis en place dans des établissements gays à Anvers (sauna et sex clubs). L'objectif de ce projet est d'améliorer l'accès au dépistage pour une population particulièrement exposée. Un important travail de préparation a été nécessaire : prospection et sélection des lieux, collaborations avec les patrons et le personnel des établissements, information préalable de la clientèle des établissements, contraintes logistiques.

Dans le cadre de ce projet, les dépistages sont réalisés en utilisant des tests standard et non des tests rapides avec remise immédiate du résultat. Par conséquent, une question majeure a trait à la communication des résultats. Les personnes dépistées reçoivent un SMS leur annonçant soit que les résultats pour l'ensemble des tests sont « normaux », soit qu'au moins l'un d'entre eux est positif. Dans le premier cas il leur est suggéré d'en parler avec leur médecin s'ils le souhaitent. Dans le second cas ils sont invités à prendre contact avec le centre.

Si les différents projets présentés ont chacun leur spécificités en termes d'objectifs et de méthodes, ils ont en commun l'accomplissement d'actes techniques biologiques dans des lieux de convivialité et parfois de consommation sexuelle. Ceci pose notamment la question du sens d'un consentement éclairé dans ces circonstances, de la part d'usagers qui ne sont a priori « pas là pour ça ».

L'après-midi de la journée d'étude a été consacrée à des réflexions sociologiques au sujet des comportements des gays dans le contexte du sida et des stratégies de réduction des risques. La question de la « responsabilité » des personnes séropositives a également été interrogée de manière transversale.

**Jean-Yves le Talec (Université de Toulouse le Mirail)** a retracé la genèse de la médiatisation du phénomène du bareback et les débats passionnés qui ont eu lieu autour de cette « notion-écran » (qui par ailleurs a fait l'objet de définitions multiples). Il a ainsi rappelé que le bareback, bien que souvent mobilisé comme un opérateur de désignation d'autrui, n'est pas le propre d'une catégorie de gays mais qu'il renvoie à des pratiques sexuelles et sociales très différentes.

Le paradoxe des controverses en France au début des années 2000 réside dans le fait qu'elles ont éclaté brusquement, comme si « tout allait bien en matière de prévention auparavant », alors que des indices de recrudescence des prises de risque sont repérés dans les enquêtes dès 1994. L'émergence du débat doit être mise en lien avec les difficultés des associations à négocier un tournant en termes de gestion de l'épidémie à la suite de la crise du champ de la santé publique dans un contexte de normalisation. Beaucoup des travaux qui ont tenté d'expliquer le phénomène du bareback ont puisé des outils de réflexion dans la sociologie de la déviance et ont souvent favorisé une essentialisation tant de l'homosexualité que des barebackers en tentant d'identifier des facteurs psychopathologiques ou psychosociaux. De multiples théories ont été élaborées, voyant dans le bareback une culture sexuelle ou une culture du risque, dépassant parfois la stricte sexualité en y associant des pratiques comme le « partying », l'usage de drogues et les rapports sexuels non protégés. Il a aussi été analysé comme une construction genrée du plaisir ou encore dans le cadre des théories queer.

**Jean-Yves le Talec** a conclu en tentant de dégager de ces débats, polémiques et théories multiples ce qu'il reste de cette notion dix ans après. Des discours résiduels voient dans l'état actuel de la prévention chez les gays une perpétuation et une banalisation du bareback. Au même moment et à

l'inverse, des experts apportent une légitimation scientifique à des stratégies de réduction des risques<sup>2</sup> pratiquées par beaucoup de gays séropositifs ou séronégatifs depuis longtemps, stratégies qui se traduisent par des comportements autrefois considérés comme des prises de risque, voire comme des manifestations du bareback (sérotriage, sérochoix, positionnement stratégique,...). Au-delà des polémiques encore présentes, les travaux et les débats sur cette notion ainsi que les recherches sur les comportements et les modes de vie se sont multipliés, faisant évoluer les connaissances pratiques et les représentations sur les gays, leur sexualité et leurs relations sociales.

**Olivier Jablonski (The Warning Paris)** a présenté les objectifs de l'association The Warning créée en 2004<sup>3</sup>. Les fondateurs ont souhaité développer une réflexion rationnelle et novatrice au sujet du risque et de la prévention. L'association a affirmé dès le départ un paradigme de réduction des risques, qu'elle estime davantage en adéquation avec les pratiques des gays en comparaison du « tout capote » qu'elle juge irréaliste. Plutôt que de partir d'une norme définie par des professionnels de la prévention et de mesurer les écarts des comportements par rapport à cette norme (paradigme de la prévention), la réduction des risques selon The Warning consiste à envisager de manière positive les comportements des individus et les risques qu'ils prennent pour arriver à une « gestion calibrée du risque »<sup>4</sup> en enrichissant leurs connaissances profanes. L'approche veut lutter contre un problème jugé central concernant les séropositifs : la discrimination, entretenue entre autres par les associations de prévention. Cette approche se voit renforcée par le « swiss statement » en 2008<sup>5</sup> qui « fait l'effet d'une bombe » parmi les professionnels de la prévention, notamment en France, en affirmant que « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle ». La place du traitement dans la prévention, et la nécessité d'une évolution vers une « prévention combinée » est alors mise en avant dans les recommandations<sup>6-7</sup>. Si ces évolutions sont perçues par The Warning comme allant dans le sens d'une stratégie plus réaliste et efficace de lutte contre l'épidémie de VIH, elles laissent une série de questions en suspens, notamment : la fragilité du pacte contre la pénalisation de la transmission, la traduction des recommandations en actions politiques concrètes et le possible déplacement de la norme qui, plutôt que de supprimer la frontière entre « bons » et « mauvais » séropositifs, ne ferait que la déplacer en fonction non plus de l'utilisation du préservatif mais de l'adhésion au traitement.

**Erwin Abbeles (The Warning Brussel)** a décrit la situation de la prévention à Bruxelles. Selon lui, malgré une situation épidémiologique inquiétante, les problèmes institutionnels dans la gestion de la capitale belge empêchent à la fois la mise en place d'une politique de réduction des risques de qualité et la reconnaissance d'une parole des gays séropositifs en matière de santé gaie. Il a proposé plusieurs pistes pour faire évoluer la situation : concertation entre instances politiques en charge de la santé à Bruxelles, mise en œuvre de recherches, prise de parole politique des associations, notamment au sujet de la réduction des risques, etc.

**Laurent Gaissad (LAMC-ULB) et Charlotte Pezeril (Observatoire du sida et des sexualités, FuSL)** ont dans un premier temps rappelé quelques jalons de l'histoire de la réponse à l'épidémie en France et en Belgique. Ils ont mis en évidence certaines évolutions des campagnes de prévention d'une part et les avatars de la question de la responsabilisation des personnes atteintes d'autre part lors de différents moments-clés : débuts de l'épidémie et construction des catégories (les « 4H »), apparition des traitements antirétroviraux en 1996, silence de la prévention et reprise de l'épidémie en 1999, réapparition des débats sur la pénalisation en 2000.

---

<sup>2</sup> Voir en particulier Pialoux G., Lert F., en collaboration avec Girard G. et Yvers E. Mission RDRs : Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST. Paris, novembre 2009.

<sup>3</sup> <http://www.thewarning.info/>

<sup>4</sup> Citation de Keogh P. lors de la conférence sur la santé gaie de Warning en 2005.

<sup>5</sup> Vernazza P., Hirschel B., Bernasconi E., Flepp M. Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle. Bulletin des médecins suisses, 89-5, 2008.

<sup>6</sup> Conseil national du sida. Avis suivi de recommandations sur l'intérêt du traitement comme outil novateur de la lutte contre l'épidémie d'infections à VIH. Paris, 9 avril 2009. [http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/Avis\\_sur\\_l\\_interet\\_du\\_traitement.pdf](http://www.cns.sante.fr/IMG/pdf/Avis_sur_l_interet_du_traitement.pdf)

<sup>7</sup> Pialoux G., Lert F., op. cit.

Ils ont montré que les campagnes de prévention ont oscillé entre plusieurs options selon ces moments. Elles ont parfois pris la forme de messages généralistes adressés à l'ensemble de la population, et se sont à d'autres moments adressées à des « publics cibles » spécifiques notamment dans des actions de proximité réalisées sur les lieux mêmes des rencontres sexuelles. Elles ont tantôt adopté un ton lisse et évasif, tantôt une rhétorique alarmiste basée sur des émotions « négatives » comme la peur ou le dégoût. Dans ce dernier cas de figure, elles ont parfois délivré un discours ambigu qui semblait confondre rejet du virus et rejet des séropositifs.

En parallèle aux discours médiatiques ambigus, des discours (d'experts notamment, mais aussi de responsables associatifs) mettent en question le paradigme de responsabilité partagée de la prévention entre séropositifs et séronégatifs. Les séropositifs se voient alors parfois assigner une responsabilité plus importante dans la transmission du VIH, dans un contexte passionnel saturé par des débats relatifs à la recrudescence des prises de risque chez les gays et au bareback. Les prises de risque sont analysées à la lumière de modèles psychologiques qui les voient généralement comme des conduites d'échappement face à des déficits psychosociaux. Si elles se situent dans des sphères et à des niveaux différents, les figures du (gay) séropositif convergent en certains points et divergent sur d'autres : effrayant voire dégoûtant, psychologiquement déviant et en même temps responsable, voire criminel. Les évolutions récentes dans la manière d'envisager la prévention, à la suite du « swiss statement »<sup>8</sup> et des recommandations subséquentes, conduisent certains à réaffirmer le paradigme de responsabilité partagée et le pacte contre la pénalisation<sup>9</sup>. En même temps, la médicalisation de la prévention et l'inflation des études épidémiologiques et comportementales qui mettent en évidence une prévalence toujours plus élevée pourraient apporter de nouveaux renforts argumentaires à la pénalisation de la transmission.

**David Halperin (University of Michigan)** a clôturé la journée en posant cette question provocatrice : les gays sont-ils toujours malades ? En effet, même si l'homosexualité a été retirée de la liste des maladies mentales, elle reste associée à des « épidémies convergentes » : sida, alcool, dépression, suicide, etc. Si les gays ne sont donc plus malades, ils ne sont peut-être pas totalement guéris ! Pour contrer cette pathologisation de l'homosexualité, Halperin appelle à l'étude de la subjectivité des gays sans avoir recours à la psychologie, et même sans mobiliser la notion de psychisme. Ces dernières décennies, les gays se sont concentrés sur leur identité et non leur subjectivité, à la fois pour faire valoir l'égalité des droits sur la scène publique, mais aussi par peur d'alimenter le discours psychologisant (rappelons-nous la devise de Foucault : « L'art de vivre, c'est de tuer la psychologie »). Aujourd'hui, les gays doivent réinvestir ce champ, ouvert par des auteurs comme Oscar Wilde, Marcel Proust ou Jean Genet. D'autant que les débats actuels autour d'une soi-disant recrudescence des « comportements à risque » sont propices, parfois de la part des gays eux-mêmes, à une analyse en termes de « déficits psychologiques », qui seraient dus à un manque d'estime de soi, à une homophobie intériorisée ou encore à une compulsivité sexuelle. Or, Halperin rappelle que ce sont les gays qui ont inventé les pratiques de réduction des risques sexuels et qu'ils ont massivement, contre toute attente, adopté le préservatif. Les chercheurs ont identifié ces pratiques bien plus tard, en dépréciant dans un premier temps le sexe non protégé entre séropositifs étiqueté « bareback », puis en le valorisant sous le nouveau terme de « sérotriage ». Mais les gays doivent rester vigilants afin que ces pratiques ne cessent d'être une arme et deviennent de nouveaux gages de bonne conduite et de moralité.

---

<sup>8</sup> Vernazza P. et al., op. cit.

<sup>9</sup> Pialoux G., Lert F., op. cit.

## II. Éléments de synthèse et de réflexion

En guise de conclusion de la journée d'étude, il m'était demandé de présenter une synthèse mettant en perspective quelques pistes pour la recherche et l'action.

### 1) Quelques réflexions au sujet de l'inflation des études épidémiologiques et des nouveaux dispositifs

#### Vers un culte du chiffre et de l'épidémiologie?

Des dispositifs comme ceux qui ont été présentés au cours de la matinée mettent en évidence une sophistication croissante des techniques qui permettent de produire de nouvelles données ou de mettre en place de nouvelles interventions : calculer la prévalence ou l'incidence, effectuer des dépistages en dehors du milieu médical, etc.

On peut poser la question de savoir si la production de ces connaissances permettra effectivement une plus grande adéquation entre besoins des publics, dynamique de l'épidémie, évolution des comportements d'une part et stratégies de prévention d'autre part. Les raffinements méthodologiques et la multiplication des données vont-ils réellement influencer les interventions et, si oui, dans le sens d'une meilleure qualité et d'une plus grande pertinence ?

Si l'on considère l'enquête PREVAGAY, les résultats sont en soi très intéressants et permettent de compléter les résultats d'autres enquêtes comme l'Enquête presse gay, de mettre en perspective les écarts entre prévalence estimée sur la base du statut sérologique déclaré et statut sérologique mesuré biologiquement. Mais en termes d'implications pour la prévention, outre le fait de réinsister sur l'encouragement au dépistage (dans une population déjà par ailleurs fortement testée, comme le confirme l'étude), que peut-on en tirer d'autre comme enseignement pratique ? Et fallait-il vraiment une enquête pour légitimer l'encouragement accru au dépistage ?

Ces réflexions posent la question des objectifs de ces recherches (au-delà des objectifs de recherche eux-mêmes). Elles ont le mérite de « taper encore davantage sur le clou » vis-à-vis du politique en attirant son attention sur une population particulièrement exposée mais qu'en est-il d'autres retombées pratiques ? Ne peut-on y voir aussi un culte du chiffre, l'illusion d'une « vraie » prévalence que l'on sait déjà par ailleurs élevée et qui est ici de toute façon biaisée vu le taux de refus ? L'inflation des recherches sert-elle autre chose qu'une expertise à visée purement politique ? Olivier Jablonsky disait dans sa présentation au sujet des recommandations du CNS suivies du rapport Lert-Pialoux « en France, quand on a un rapport, il en faut un deuxième ». On pourrait aussi dire « quand on a une étude, il en faut une deuxième, une troisième, une dixième ».

Les expériences de dépistage délocalisé ou « hors les murs », qui ont également un intérêt certain pour les lieux concernés, posent également question à l'échelle d'une population, d'une ville, d'une région ou d'un pays. Si le dispositif permet, de manière très locale, d'offrir à la clientèle de quelques établissements un dépistage qui répond à leurs besoins et attentes, quel est le sens de ces interventions si elles sont ponctuelles, qu'elles ne concernent que quelques établissements ? Quel intérêt en termes de couverture, comment assurer l'équité dans le service qui est offert ?

En regard de ce culte du chiffre, on peut aussi évoquer le caractère potentiellement contre-productif de cette inflation de données. On sait que les résultats produits par les chercheurs sont, une fois diffusés, réappropriés, « digérés », voire réinterprétés par tous les acteurs concernés (politiques, scientifiques, associatifs, public cible et grand public). Tout comme les messages de prévention, qui sont réinterprétés par les usagers à partir de leurs modes de vie, de leurs représentations, de leurs connaissances, de leur « culture » etc. Il semble intéressant d'observer ce que chacun de ces acteurs fait de ces chiffres, le sens qu'il lui donne et les conséquences qu'il en tire. Par exemple, récemment, une fédération d'associations LGBT en Belgique francophone (Arc-en-ciel Wallonie) a émis un avis relatif au don de sang par les HSH dans lequel les données comportementales et socio-épidémiologiques disponibles au sujet de la prévalence, de l'incidence en matière de VIH mais aussi les données (ou le manque de données) concernant la taille de la population homosexuelle sont analysées et discutées. Cet argumentaire sert dans ce propos à tenter de montrer que le refus de la possibilité de donner son sang pour les homosexuels est une discrimination non fondée, et à l'appui de cet argumentaire les auteurs mettent en évidence les biais et les faiblesses des données épidémiologiques et des catégories de transmission. Tout se passe comme si plus les données épidémiologiques sont

« inquiétantes », « frappantes », plus elles sont relativisées voire discréditées par des associations LGBT ou même par le public. Annie Velter évoquait aussi en lien avec cette question les réactions hostiles sur des blogs à l'annonce de l'enquête PREVAGAY. A un moment où ces associations sont plus que jamais appelées à jouer un rôle dans la prévention, la manière dont les données de recherche sont reçues par elles me semble être un point d'attention incontournable. La multiplication des données permet-elle de renforcer un argumentaire préventif qui se voudrait mobilisateur ou, à partir d'un seuil de saturation, cette multiplication n'a-t-elle pas pour conséquence de semer le doute, l'incrédulité, voir d'instaurer un déni du problème ?

### De l'étude des modes de vie aux calculs de prévalence

Une autre réflexion concernant l'évolution des recherches comme celles présentées ce matin concerne la remédicalisation des objets d'étude et un possible appauvrissement des questions de recherches et des recherches elles-mêmes. Beaucoup d'entre nous, en tout cas ceux qui travaillent dans le monde francophone, ont été « nourris au sein » des enquêtes presse gay menées par M. Pollack<sup>10</sup>, M.A. Schiltz, P. Adam<sup>11</sup> et reprises ensuite par A Velter<sup>12</sup>. Ce qui faisait leur richesse était le paradigme adopté, qui replaçait la question de la sexualité, de la prévention et des prises de risque à l'intérieur d'une perspective plus large concernant la gestion de l'identité des gays. Ces travaux renseignaient tout autant sur les modes d'adaptation au risque que sur les modes de vie.

R. Mendes Leité, entre autres chercheurs, s'inquiétait de l'évolution des études sur les sexualités dans le contexte du sida en ces termes<sup>13</sup> : « (...) un appauvrissement des recherches où il est question de compter ou de décrire des actes ou des comportements sexuels avec ou sans préservatif plutôt que d'analyser des phénomènes sociaux où la sexualité s'insère dans une problématisation complexe et dans un contexte plus large ».

Plusieurs facteurs expliquent sans doute l'évolution vers des approches plus comptables et moins complexes : nouvelles définitions des priorités et urgences de santé publique, conflits entre disciplines, contextes politiques et sociaux différents, autonomisation des recherches sur les homosexualités d'une part et sur la prévention d'autre part,...

### ...Qui laissent des questions toujours en suspens...

Les études épidémiologiques et comportementales sur le VIH comportent des biais nombreux et variés que la méthode scientifique oblige les chercheurs à expliciter. Lorsqu'on tente de les recenser de manière systématique, on peut même être pris d'un léger vertige : il faut en effet bien admettre que malgré des précautions infinies dans la mise en œuvre de dispositifs de recherche ou de recueils de données, nous travaillons sur des données incomplètes, des sur- ou des sous-estimations diverses, des biais de sélection, des échantillons non représentatifs, etc.

Par exemple, pour les données épidémiologiques fournies par l'Institut scientifique de santé publique, rappelons que 30% des informations relatives aux modes de transmission sont manquantes et que par ailleurs on peut faire l'hypothèse d'une sous-déclaration des contacts homo/bisexuels du fait de la dévalorisation sociale de ces pratiques. De plus, par définition, nous ne disposons de données que sur les personnes qui ont été diagnostiquées séropositives.

Concernant les enquêtes, les différentes méthodologies présentent chacune leurs limites. Dans les enquêtes sur les gays, nous travaillons avec des échantillons non-représentatifs (dans le cadre des enquêtes presse gay diffusées par Internet et par questionnaire « papier » par exemple). D'un autre côté, les enquêtes menées en population générale arrivent difficilement à obtenir des effectifs suffisants de personnes qui déclarent des attirances ou des pratiques homosexuelles. Nous sommes

---

<sup>10</sup> Pollack M. Les homosexuels et le SIDA : sociologie d'une épidémie. Ed. Métailié, Paris, 1988.

<sup>11</sup> Schiltz M-A., Adam P. Les homosexuels face au sida : enquête 1993 sur les modes de vie et la gestion du risque VIH.

<sup>12</sup> Velter A. Enquête presse gay 2004. Institut de Veille Sanitaire-Agence Nationale de Recherche sur le Sida, Saint-Maurice, 2004.

<sup>13</sup> Mendès-Leite R. Le sens de l'altérité – Penser les (homo)sexualités. Ed. L'Harmattan, Paris, 2000 (p. 83).

aussi confrontés à des taux non négligeables de refus de répondre aux enquêtes ou à certaines questions, et donc à des probables sous-estimations (des pratiques homosexuelles dans les enquêtes en population générale, de la prévalence du VIH dans les enquêtes en milieu gay, etc.). Toutes ces incertitudes alimentent des débats, passionnants mais sans fin, sur l'effectif et les caractéristiques de la population des « hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes » ou encore sur la définition même de cette catégorie<sup>14-15</sup>.

Certains nouveaux dispositifs de recherche peuvent vraisemblablement développer des techniques qui permettent de réduire ou d'éviter certains biais, mais ils sont alors simplement remplacés par d'autres.

## **2) Quelques réflexions au sujet du paradigme de la réduction des risques sexuels**

### Une exigence croissante de qualité

La diffusion du « nouveau » paradigme de la RDR implique la délivrance d'une information de plus en plus complexe, scientifique et médicale, tant dans les relations de counseling individuel que dans les messages diffusés plus largement via différents supports et canaux.

Une implication tout à fait directe et concrète de cette complexification est l'exigence accrue de qualité de l'information. C'est un point qui peut paraître évident mais dans ce secteur d'intervention, les acteurs de prévention sont rarement des médecins et ils sont parfois moins informés que certains individus, notamment des séropositifs. Par ailleurs, certaines interventions subissent encore le poids d'une culture héritée des années 1990 qui insistait sur la nécessaire simplicité des messages (au risque sinon d'augmenter la confusion dans le public en l'absence de messages en termes « de tout ou rien »). Les débats déjà anciens sur les messages adéquats à diffuser concernant les rapports bucco-génitaux sont exemplaires de cette question.

Il convient donc de disposer d'outils de formation efficaces pour que les acteurs de prévention disposent eux-mêmes d'une information scientifiquement valide et qu'ils aient les compétences pour la délivrer de manière adaptée selon les besoins et demandes du public.

De même, du côté des acteurs médicaux, dans le cadre des dispositifs de dépistage hors milieu hospitalier, des compétences doivent être garanties en matière de communication dans des contextes non médicaux avec des publics spécifiques (counseling adapté aux modes de vie, respectueux et non-jugeant).

## **3) Les aléas de la participation**

En fil rouge de cette journée il a été question de la participation des personnes séropositives, dans différents sens et dans différents cadres (The Warning, Gaissad et Pezeril). Il s'agit d'une question et d'une recommandation ancienne mais force est de constater qu'elle a été mise en application à des rythmes et selon des modalités très variables d'une association à l'autre, d'une région et d'un pays à l'autre. Cette opérationnalisation (ou non) a dépendu de différents facteurs, notamment le cadre des politiques publiques en matière de santé, la présence et le positionnement d'associations de séropositifs, etc.

En fonction de ce que j'ai pu observer depuis plus de dix ans, dans le secteur associatif puis à l'Observatoire, je poserais l'hypothèse d'un décalage permanent entre les besoins des personnes séropositives d'une part et les offres associatives d'autre part. Ce décalage est sans doute renforcé par l'invisibilité des personnes séropositives, plus marquée depuis l'arrivée des traitements ARV.

---

<sup>14</sup> Lhomond B. Le sens de la mesure. Le nombre d'homosexuel/les dans les enquêtes sur les comportements sexuels et le statut de groupe minoritaire. Sociologie et sociétés, vol. XXIX, n°1, 1997, p. 61-69.

<sup>15</sup> Michaels S., Lhomond B. Conceptualization and measurement of homosexuality in sex surveys : a critical review. Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro, 22(7) : 1365-1374, jul 2006.

Si l'on parle beaucoup du vide en termes de campagnes grand public à la même époque, ce qui est aussi remarquable en Belgique c'est l'absence de parole des séropositifs sous quelque forme que ce soit à la même époque : disparition d'Act Up, de Parlécoute, difficultés d'Aide Info Sida, etc.

Ces dernières années, on semble assister à une redynamisation dans ce domaine, via l'émergence de diverses initiatives : groupes de parole, de self-help, de travail, de réflexion, de convivialité, groupes consultatifs pour les campagnes de prévention, patients-ressources en milieu hospitalier,...

Ces initiatives ne sont pas sans soulever certaines questions (Gaissad et Pezeril), notamment la conciliation entre d'une part une logique de témoignage, de lobbying ou simplement d'une prise de parole « autonome » et, d'autre part, une logique professionnelle de « participation » à la réflexion ou la mise en œuvre de projets (cette participation répondant d'ailleurs à des acceptions différentes selon les cas).

Une analyse et une critique des rapports complexes entre associations professionnelles et groupes de séropositifs est donc fort utile mais, au-delà de cette critique, il y a un besoin évident d'outils d'analyse, d'outils réflexifs pour tenter de lever ce malentendu permanent, ce décalage systématique, et pour mettre en place les conditions d'un véritable travail collectif.