



HAL
open science

Prévention du sida. Médicalisation et politisation du risque chez les gais au cours des années 2000

Gabriel Girard

► **To cite this version:**

Gabriel Girard. Prévention du sida. Médicalisation et politisation du risque chez les gais au cours des années 2000. *Raison Présente*, 2012, 183. halshs-01266533

HAL Id: halshs-01266533

<https://shs.hal.science/halshs-01266533>

Submitted on 2 Feb 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**Prévention du sida.
Médicalisation et politisation du risque chez les gais au cours des années 2000.**

Gabriel Girard¹

Article publié dans la revue Raison Présente, octobre 2012

L'épidémie de VIH/sida est désormais entrée dans sa quatrième décennie. Sa diffusion différentielle à l'échelle de la planète continue de souligner les inégalités structurelles, de classe, de genre et de race qui en sont le terreau. L'accès aux soins, au dépistage et aux outils de prévention demeure un enjeu de premier ordre pour des millions de personnes touchées, en particulier dans les pays du Sud. Ce faisant, le sida reste également une épidémie de la précarité et de la stigmatisation dans les pays du Nord.

Depuis près de 25 ans, les modes de transmission du VIH sont scientifiquement établis, de même que les moyens de s'en prémunir ou de connaître son statut sérologique. Pour autant, les recommandations de prévention n'ont jamais cessé de faire l'objet de débats ; maladie transmissible, le VIH met à l'épreuve les conceptions de la sexualité. Des options aussi opposées que la promotion du préservatif ou l'abstinence avant le mariage traduisent bien à quel point les réponses politiques à l'épidémie engagent des conceptions diversifiées de l'ordre social.

Dans la période récente, dans la gestion du risque VIH les enjeux de la médicalisation se sont imposés au rang des priorités de l'agenda de la santé publique (Nguyen et al, 2011). Je m'attacherai ici à éclairer la manière dont ce processus s'inscrit dans un mouvement de redéfinition politique et morale des discours de prévention parmi les homosexuels masculins².

Les homosexuels et la prévention

Face au VIH, de nouvelles normes relationnelles et sexuelles se sont progressivement constituées au cours des 30 dernières années, tout particulièrement parmi les populations les plus touchées par l'épidémie (Paicheler, 2003). Les communautés gaies ont été le fer de lance d'approches de prévention inclusives, prenant en compte la diversité des pratiques et des identités sexuelles. La

1 Gabriel Girard est docteur en sociologie (EHESS, Paris). Il est rattaché au Cermes3 (Centre de recherche médecine, sciences, santé mentale, société). Il est par ailleurs militant de l'association AIDES.

2 Cet article est issu d'une thèse de sociologie consacrée aux enjeux de la prévention du VIH/sida parmi les gais en France (Girard, 2012). La thèse a bénéficié du soutien financier de l'ANRS et de Sidaction.

promotion du préservatif est devenue le symbole d'une mobilisation globale contre l'épidémie et pour la défense d'une émancipation sexuelle acquise dans l'après-68.

L'ampleur de la mobilisation des homosexuels contre le sida a permis d'éviter la stigmatisation des malades et, par l'adoption massive du *safer sex*³, de réduire radicalement le nombre de nouvelles infections à partir des années 1980. Avec l'arrivée de traitements efficaces, en 1996, le visage de l'épidémie s'est transformé dans les pays du Nord, la baisse de la mortalité s'accompagnant d'une relative chronicisation de l'expérience de la maladie. Pour autant, sur la durée, la dynamique de l'épidémie parmi les gais demeure un sujet majeur de préoccupation pour les acteurs de la lutte contre le VIH. Dès la fin des années 1990, on constate en effet une augmentation du nombre de rapports sexuels sans préservatifs, en particulier avec des partenaires de statut sérologique inconnu. Du fait de la très forte prévalence dans cette population – en France, près de 15% des gais sont séropositifs – le risque de transmission s'en trouve considérablement majoré. Dès lors, le nombre de nouveaux diagnostics annuels reste très élevé ; depuis 2003, près du tiers des infections concernent des rapports homosexuels (2500 / 6300 en 2010).

En France, cette évolution épidémiologique fait depuis de nombreuses années l'objet de controverses importantes parmi les acteurs de la lutte contre le sida. Comment expliquer que des hommes informés et conscients du danger continuent à s'exposer au risque de transmission ? Et comment adapter les recommandations de prévention à une épidémie qui s'inscrit dans la longue durée ? Ces questions structurent les débats sur le risque, et soulignent la difficulté à établir et à stabiliser des normes de prévention. Les débats sur la prévention démontrent qu'au-delà des données biomédicales qui fondent les discours de santé publique, le *safer sex* met d'abord en jeu la définition de normes sociales régissant les relations entre gais. En revenant sur les désaccords autour de la prévention qui ont ponctué la décennie 2000, cet article propose ainsi une lecture des formes de politisation d'un risque sanitaire largement associé à l'homosexualité contemporaine. *In fine*, c'est la question du risque, de sa définition et de sa gestion individuelle et collective dans une société néolibérale que viennent informer ces débats.

Des continuités historiques des controverses sur le risque

Dans les chronologies militantes de l'épidémie, la mise à disposition des trithérapies à partir de

3 Sexe à moindre risque.

1996 constitue indéniablement un point de rupture. Avec la baisse de la mortalité, la lutte contre le VIH perd progressivement son caractère d'urgence ; de ce fait, Act-Up Paris et AIDES – les deux principales associations françaises – voient leur nombre de militants diminuer (Broqua, 2006). Mais la crise se déploie également sur le terrain de la prévention. À l'inquiétude sur le « relâchement » des comportements s'ajoute la crainte d'une attraction délibérée pour le risque chez certains gais séropositifs. À la fin des années 1990, cette crainte a un nom : le phénomène du *bareback*⁴. Popularisé au cours d'un violent conflit médiatique opposant des écrivains homosexuels et séropositifs – G. Dustan, E. Rémès – et les militants d'Act Up-Paris, ce terme polysémique s'impose durablement comme une catégorie désignant la prise de risque intentionnelle. Le débat est à la fois moral et politique. Moral au sens où les arguments utilisés servent à redessiner la frontière entre de bonnes et de mauvaises pratiques de prévention étant donné que la question de la transmission volontaire et non consentie du VIH fait notamment l'objet d'une très large réprobation. Politique, car les désaccords sur le risque s'ancrent dans des conceptions opposées des liens entre individus et communauté. Les deux écrivains mettent en avant la liberté sexuelle et leur choix de ne pas se protéger avec certains de leurs partenaires séropositifs. Face à eux, l'association défend une approche exemplaire de la prévention, dans laquelle la responsabilité individuelle engage celle de la communauté.

Pour autant, si sa médiatisation consacre le caractère spectaculaire de ce nouveau phénomène, la question du risque n'a jamais cessé d'être problématique parmi les acteurs de la lutte contre le sida⁵. Ainsi, dès la fin des années 1980, les premiers constats sur les limites de l'adaptation des comportements préventifs face au VIH sont dressés par les associations de terrains et les chercheurs en sciences sociales. Après plusieurs années durant lesquelles l'adoption du préservatif a connu une forte augmentation, plusieurs éléments indiquent à ce moment-là une stabilisation à un niveau élevé de son usage, plus de 80% des gais l'utilisant régulièrement. Les explications avancées sont alors nombreuses. Certains observateurs soulignent la diversification des stratégies de prévention à l'œuvre, en complément du préservatif : réduction du nombre de partenaires, évitement des pratiques anales... Pour d'autres, la stagnation du *safer sex* résulte d'une « lassitude » vis-à-vis de la prévention ressentie par une partie des gais. Le terme de relapse, ou « relâchement » fait alors son apparition dans la littérature

4 Le terme *bareback*, issu de l'argot américain du rodéo, signifie littéralement « monter à cru » et par réappropriation : avoir un rapport sexuel non protégé.

5 Dans la thèse, une analyse systématique des articles de la presse homosexuelle et militante « sida » consacrés à la prévention a été menée sur la période 1989-2009.

scientifique et militante. Bien que controversé, car il est porteur de connotations religieuses⁶, le terme s'impose progressivement et, avec lui, certaines conceptions psychologisantes de la sexualité et du risque.

Dans les associations de lutte contre le sida, l'analyse de la stagnation apparente du *safer sex* sert également de support à l'élaboration de discours politiques sur la situation des homosexuels dans la société. Les difficultés rencontrées sont notamment analysées au prisme de l'homophobie structurelle : la mauvaise estime de soi, la précarité sociale ou identitaire s'imposent ainsi dans l'analyse des facteurs de risque. La reconnaissance sociale de l'homosexualité, dont l'adoption du PACS marque une étape, s'inscrit dès lors à l'agenda de la santé publique (Pinell, 2002). Mais la question du *relapse* soulève également de nombreux débats sur l'information et la communication publique sur le risque. Pour les militants, la frilosité et les réticences des pouvoirs publics à évoquer l'homosexualité dans les campagnes publiques en direction de la population générale sont directement incriminées (Paicheler, 2002).

La conception de la prévention en direction des gais qui prédomine au cours des années 1990 articule plusieurs éléments. Le préservatif s'impose comme le symbole de la mobilisation exemplaire face à l'épidémie. En parallèle, le constat d'une stabilisation de l'adoption du *safer sex* souligne la permanence d'un contexte structurel défavorable à la prévention. À travers la dénonciation de l'homophobie, l'action des pouvoirs publics est directement mise en cause, en particulier par Act-Up Paris. Enfin, les discours psychologisants mettant en avant les fragilités individuelles face au risque ont un écho important, notamment au sein des associations menant des actions de proximité, comme AIDES.

Dès lors, l'irruption du *bareback* comme objet de débat constitue une rupture importante. D'une part, puisque les difficultés de prévention, pensées jusqu'alors comme relevant de situations de marginalité sociale, s'inscrivent dans ce cas au sein même d'une communauté très informée. D'autre part, parce que la médiatisation du phénomène crée un nouvel univers de pensable et de dicible sur la sexualité. Si la revendication du *bareback* en tant que telle ne concerne qu'une infime minorité de gais, l'affirmation d'une parole publique sur le risque contribue à questionner les normes de prévention. Le sexe non protégé devient dès lors, de plus en plus explicitement, objet de fantasmes et de discours et devient, à certains égards, une nouvelle niche commerciale dans la pornographie. En filigrane, le

6 Le terme de relaps désigne en effet, dans le jargon des tribunaux religieux le fait de retomber dans l'hérésie ou dans un péché mortel (dont la sodomie fait partie) après l'avoir abjuré. Il est également utilisé, dans le traitement de l'alcoolisme, pour qualifier le fait de recommencer à consommer de l'alcool.

bareback éclaire une reconfiguration de la conception du sujet homosexuel de la prévention : la question de l'intentionnalité du risque fragilise l'image d'exemplarité individuelle et collective revendiquée par les associations. Mais au-delà de l'évolution des comportements individuels, ce sont des visions différentes de l'appartenance communautaire qui structurent les débats militants : la crise des normes de prévention est d'abord une crise des modèles de mobilisation communautaire hérités des années 1980.

La médicalisation de la prévention en question

Initiés autour d'un phénomène minoritaire de revendication du risque, ces débats sur la prévention se reconfigurent au début des années 2000. En effet, pour nombre d'acteurs de la lutte contre le sida, le *bareback* n'est qu'un des symptômes d'évolutions plus générales. Ainsi, plutôt que de se positionner dans le débats entre Act-Up Paris et les écrivains, AIDES s'attache à élaborer des messages de prévention répondant aux besoins des hommes n'utilisant pas systématiquement le préservatif. Revendiquant son pragmatisme, l'association élabore une approche de « réduction des risques sexuels » (RdRs), inspirée des pratiques du monde de la toxicomanie (Le Naour, 2010). Ces messages mettent l'accent sur des pratiques de diminution du risque lorsque le préservatif n'est pas utilisé.

Dès leur diffusion publique sous forme écrite, au printemps 2002, les documents de RdRs d'AIDES font l'objet d'une vive contestation. Pour Act-Up Paris, cette approche va à l'encontre de la promotion du préservatif et contribue à la banalisation du sexe non protégé. Durant près de trois ans, la controverse est intense entre les deux associations, tandis que les pouvoirs publics, peu pressés de se positionner, restent en retrait. Les deux points de vue en présence soulignent là encore les conceptions différentes des normes qui fondent la prévention. Si dans les deux cas la finalité de la prévention reste la réduction du nombre d'infections parmi les gais, les approches se distinguent : deux visions de « l'authenticité » sexuelle se confrontent. Dans la perspective d'Act-Up, la promotion du préservatif est la pierre angulaire du discours. Sa remise en cause – à travers le *bareback* ou la RdRs – met en péril l'héritage historique et la cohésion d'une communauté politique. Le groupe s'oppose frontalement à une approche probabiliste du risque. Pour AIDES en revanche, la prévention nécessite d'aider les gais à prendre conscience des dangers conscientiser et à mieux intégrer dans leur vie leur rapport au risque VIH. L'expérience – ponctuelle ou plus régulière – du risque fonde une communauté de vécu que les actions de terrain s'attachent à prendre en compte. Pour l'association, la reconnaissance d'une échelle de

pratiques de prévention n'est pas nouvelle ; mais dans le contexte des débats sur le *bareback*, cette prise de position publique prend un relief particulier.

Le déplacement des controverses ainsi de nouvelles formes de politisation des débats sur la prévention. La cartographie morale de la prévention s'en trouve conséquemment transformée : la délimitation de bonnes pratiques – avec préservatif – opposées à des pratiques non protégées, implicitement réprouvées, ne fait plus l'objet d'un consensus dans le monde associatif. Mais les désaccords sur la RdRs participent également d'un renouvellement des registres argumentatifs des différents acteurs. Alors que les débats sur le phénomène du *bareback* portent essentiellement sur les valeurs, avec en toile de fond la question de la responsabilité individuelle et collective, la réduction des risques met en jeu un nouveau rapport à l'expertise scientifique.

De nouveaux acteurs dans le débat : cliniciens et chercheurs

En effet, si l'intérêt des activistes pour la recherche n'est pas nouveau, il s'est cependant jusqu'alors principalement concentré sur les enjeux thérapeutiques (Barbot, 2002). Cependant, les débats français sur la prévention s'inscrivent dans un contexte scientifique international marqué par le développement de recherches socio-comportementales sur les stratégies alternatives au préservatif chez les gais (Kippax, Race, 2003). Dès les premiers temps de la controverse, la mobilisation d'arguments scientifiques et l'analyse des limites des données de recherche deviennent un enjeu central. Ainsi, les premiers documents publiés par AIDES s'appuient sur des données issues des travaux australiens sur la prévention. Les stratégies de réduction des risques y sont décrites, sans pour autant qu'on puisse en déduire mécaniquement un lien solide avec la réduction – ou l'augmentation – des nouvelles infections.

Pour ses promoteurs, cet ancrage scientifique, même discutable, crédibilise leur approche, ce que conteste Act-Up Paris. Cette évolution du débat est facilitée par l'évolution des profils des militants sur la prévention. La décennie 2000 voit en effet émerger à la tête des associations des acteurs multipositionnés : du fait de leur parcours professionnel et/ou de compétences acquises au cours de l'engagement, ceux-ci articulent aisément les modes de raisonnement scientifique et les logiques militantes⁷. Cette multipositionnalité augmente par ailleurs la crédibilité des discours associatifs, en

⁷ Ainsi, Bruno Spire, membre du Conseil d'Administration d'AIDES depuis 2002 et président de l'association depuis 2007, est médecin, virologue et chercheur en sciences sociales.

particulier au sein des réunions de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS).

Dans ce contexte, c'est du monde biomédical que s'affirme une inflexion majeure des débats. Le 1^{er} décembre 2007, un groupe de médecins suisses rendent public un avis concernant les couples hétérosexuels séro-différents qui fait l'effet d'un coup de tonnerre. Ils affirment que si la charge virale est indétectable⁸, et en l'absence d'autres IST, les personnes séropositives ne peuvent pas transmettre le VIH à leur partenaire. Le risque est qualifié de « résiduel ». Cette annonce, publiée par la suite dans le Bulletin des Médecins Suisses (Vernazza et al, 2008), va placer au centre des discussions la question de l'usage préventif des antirétroviraux. Mais elle traduit d'abord l'irruption de nouveaux acteurs, les cliniciens et les chercheurs, jusqu'à présent relativement silencieux sur les questions de prévention. Ce tournant biomédical signe dès lors une nouvelle étape dans la complexification et la diversification des recommandations de prévention.

Mais à son tour, cette recommandation fait émerger de nouvelles lignes de fractures au sein du monde de la lutte contre le sida. C'est d'abord sur le plan de son applicabilité que la recommandation est contesté : fondée sur des données d'observation auprès de couples hétérosexuels stables, peut-on les extrapoler à des contextes de multipartenariat ? La palette des positions est large sur le sujet, mêlant la prudence, la crainte de mauvaises interprétations de la part des gais et l'espoir d'une meilleure qualité de vie sexuelle pour les séropositifs et leurs partenaires. Pour les associations et les pouvoirs publics, ce type d'informations est hautement problématique : comment communiquer sur le sujet ? Et à partir de quel niveau de preuve scientifique fonder une recommandation de santé publique ? De fait, le débat initial sur la RdRs se transforme à mesure que la définition de politiques publiques de prévention se dessine. La commande d'un rapport d'experts sur la prévention du sida, en 2009 (Lert, Pialoux), contribue à solidifier une alliance entre une partie des cliniciens, l'ANRS et l'association AIDES. Prenant pour acquis le principe de la réduction des risques, le rapport fait l'objet d'une forte contestation de la part d'Act-Up Paris qui en dénonce l'imprudence au regard des données scientifiques disponibles. En l'absence de preuves solidement établies, l'association soutient que la promotion du préservatif doit rester la norme exclusive. À l'inverse, AIDES met en avant la nécessité de communiquer sur ces sujets, tout en continuant à mener des études.

La RdRs est également contestée pour ses éventuels « effets indésirables ». La diffusion de messages diversifiés et complexes questionne les modes d'appropriation profanes de la prévention. N'y

8 La charge virale désigne la quantité de virus circulant dans l'organisme, et détermine en grande partie la probabilité de transmettre le VIH. Lorsqu'elle est indétectable, du fait des traitements, cette probabilité est fortement réduite.

a-t-il pas un danger de brouillage des repères, ou de désinhibition, au profit d'approches à l'efficacité toute relative ? En filigrane, c'est la définition d'un niveau de risque socialement acceptable qui est en débat. Alors que la promotion du seul préservatif permettait d'adresser un message à vocation universelle, la RdRs souligne la fragmentation des besoins en termes de prévention, en particulier dans les groupes à forte prévalence. De plus, l'exigence d'un « risque zéro » et l'affirmation du principe de précaution constituent la toile de fond idéologique de ces discussions. Pour les pouvoirs publics, la tension politique est forte entre l'affichage d'une norme de santé publique, politiquement engageante, et la prise en compte des données scientifiques.

Enfin, l'émergence de nouvelles approches de prévention, en particulier celles reposant sur des techniques biomédicales, constitue un formidable enjeu économique pour les laboratoires pharmaceutiques. Réduire la charge virale dans une optique de prévention – c'est à dire diminuer radicalement l'infectiosité des personnes séropositives – suppose par exemple de modifier les standards de soin, afin de favoriser une mise sous traitement plus précoce. En parallèle, les essais récents de « prophylaxie pré-exposition » (Prep)⁹ ouvrent les portes d'un nouveau marché potentiel : les personnes séronégatives exposées au risque. Dans tous les cas, la question du coût et de l'accessibilité des traitements soulève des tensions éthiques et politiques majeures. L'enjeu de la RdRs dépasse largement la seule communauté homosexuelle. Mais, on l'a vu, la diffusion de messages vers les gais soulève les débats les plus controversés. L'enjeu est en effet plus explicitement politique et concerne l'établissement de normes collectives de santé, et la définition des valeurs qui y sont associées.

Conclusion : le déplacement des frontières morales du risque

L'affirmation du rôle préventif des antirétroviraux traduit un processus de médicalisation de la prévention. Ce constat est indéniable ; cliniciens et chercheurs, auparavant principalement centrés sur les enjeux de la prise en charge des séropositifs, s'orientent désormais vers la question de la transmission du virus. Le lancement de l'essai « Ipergay », avec le soutien de l'ANRS, en janvier 2012 en témoigne.

Pour autant, ce tournant biomédical ne saurait se résumer à l'émergence de ces nouveaux acteurs. L'histoire des débats sur la prévention en direction des gais montre à quel point la définition

⁹ Le principe de la prophylaxie pré-exposition consiste à administrer des antirétroviraux à des personnes séronégatives régulièrement exposées au risque VIH. L'objectif est de bloquer la diffusion du virus dans l'organisme. Cette stratégie, largement controversée, fait l'objet d'un essai en France.

des normes fait débat sur la longue durée. Ainsi, les controverses associatives sur la RdRs du début des années 2000 préfigurent les débats actuels. Mais plus fondamentalement, de la dénonciation du *bareback* aux débats sur la l'opportunité de la « Prep », des conceptions morales et politiques de la prévention se confrontent. In fine, le processus de médicalisation s'inscrit dans un mouvement plus général de politisation de la gestion du risque.

Au cœur de celui-ci, c'est la définition d'un nouveau sujet de la sexualité gaie qui est en jeu, centré sur la notion de choix individuel. À travers les débats associatifs, la question de l'intentionnalité des pratiques de prévention s'est progressivement imposée comme une question incontournable. La sexualité non protégée, objet de réprobation, apparaît paradoxalement aussi comme l'une des facettes de la prévention, à condition toutefois qu'elle s'accompagne d'une bonne maîtrise des différents déterminants du risque. Dans ces conditions, la montée en puissance de politiques de prévention *evidence-based* traduit la prédominance d'une forme de rationalisation biomédicale des catégories du risque qui réorganise en profondeur le champ de la prévention du sida. La valorisation d'un sujet autonome – responsable de sa santé, attentif à son statut sérologique, observant des traitements – délimite implicitement de nouvelles catégories de « mauvaises » pratiques. Pour autant le débat politique sur les contours de la notion de communauté gaie continue à structurer les débats : établir des normes de prévention met en jeu la définition de relations sociales souhaitables entre les individus.

Références :

- Barbot Janine, *Les malades en mouvements : la médecine et la science à l'épreuve du sida*, Paris, Balland, 2002.
- Broqua Christophe, *Agir pour ne pas mourir ! Act Up, les homosexuels et le sida*, Paris, Presses de Sciences Po, 2006.
- Girard Gabriel, *Risque du sida et structuration des sociabilités homosexuelles. Analyse sociologique des normes du safer sex*, thèse de sociologie, Paris, EHESS, 2012.
- Kippax Susan, Race Kane, « Sustaining safe practice: twenty years on », *Social Science & Medicine* 57 (1), 2003, p. 1-12.
- Le Naour Gwenola, *Drogues, sida et action publique : une très discrète politique de réduction des risques*, Rennes, PUR, 2010.
- Lert France, Pialoux Gilles, « Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST », Paris, Rapport DGS, 2009 : <http://www.vih.org/20100112/nouvelles-methodes-prevention-et-reduction-risques-9124>
- Nguyen Vin-Kim et al, « Remedicalising an epidemic: from HIV treatment *as* prevention to HIV treatment *is* prevention », *AIDS*, 25(3), 2011, p. 291-293.

Paicheler Geneviève, *Prévention du sida et agenda politique: les campagnes en direction du grand public, 1987-1996*, CNRS, 2002.

Paicheler Geneviève, « Sauver la liberté sexuelle ou imposer des modèles : l'impact des associations sur la communication publique sur le sida », in Loyola M-A et Paicheler G, *Sexualité, normes et contrôle social*, Éditions L'Harmattan, 2003

Pinell Patrice, éd., *Une épidémie politique: la lutte contre le SIDA en France, 1981- 1996*, Paris, PUF, 2002.

Vernazza Pietro et al, « 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* n°89/5, 2008, p. 5.