



HAL
open science

Réduire les risques. Homosexualité, prévention du VIH et controverses associatives

Gabriel Girard

► **To cite this version:**

Gabriel Girard. Réduire les risques. Homosexualité, prévention du VIH et controverses associatives. Politix, 2014, 27 (108), pp.99-119. halshs-01266542

HAL Id: halshs-01266542

<https://shs.hal.science/halshs-01266542>

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.

Réduire les risques.

Homosexualité, prévention du VIH et controverses associatives.

Gabriel Girard

Gabriel.girard.info@gmail.com

Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM), 7101 avenue du Parc, Montréal (Québec), Canada, H3C 3J7

Sociologue, post-doctorant

Chaire de recherche Approches communautaires et inégalité de santé, IRSPUM (Montréal) – Chaire Anthropologie et santé mondiale, Collège d'études mondiales (Paris).

Résumé

Réduire les risques. Homosexualité, prévention du VIH et controverses associatives.

Depuis le début des années 2000, la prévention du sida dans le milieu homosexuel est devenue un enjeu de controverse. Confrontés à la recrudescence des prises de risque, les acteurs associatifs se divisent sur les messages de santé publique à diffuser en direction des hommes gais. La notion de « réduction des risques sexuels » suscite en particulier un clivage majeur entre AIDES et Act Up-Paris, les deux principales associations. Cet article retrace les développements de ce débat, en donnant un éclairage particulier sur le contexte de la prévention du VIH/sida. Par delà les spécificités de son objet, ce travail illustre des transformations à l'œuvre dans le champ de la santé publique. Ce faisant, il s'inscrit dans une lecture sociologique de la reconfiguration des frontières du risque sanitaire.

Abstract

Reducing risks. Gay men, HIV prevention and associative' controversies.

Since the early 2000s, HIV prevention among gay men has become a controversial issue. Confronted by an increase in risky sexual behavior, HIV/AIDS associations have become divided over what public health messages to send to gay men. In particular, the concept of 'sexual risk reduction' caused a major rift between AIDES and Act Up-Paris, the two main HIV/AIDS associations in France. This article retraces the development of this debate, offering particular insight into its context. This work also illustrates the transformation taking place in the field of public health around the notion of responsibility and in doing so, offers a sociological reading of the reconfiguration of the notion of risk.

Gabriel Girard est sociologue, post-doctorant à l'IRSPUM (Montréal) et au Collège d'études mondiales (Paris). Il mène des recherches dans le domaine de la santé, et en particulier sur les enjeux de prévention du VIH/sida en France et au Québec. Il a publié en 2013 *Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention*, aux Presses Universitaires de Rennes.

Réduire les risques.

Homosexualité, prévention du VIH et controverses associatives.

« Si notre légitimité d'acteurs [de prévention] n'est pas remise en question, nos messages quant à eux ont de plus en plus de mal à être entendus. Nos difficultés résident en effet dans le décalage de plus en plus important entre des messages trop focalisés sur le préservatif d'un côté, les attentes des usagers de l'autre. Nous sommes bien acceptés, mais nous sommes perçus avant tout comme des 'curés de la capote'. Dans un contexte où les notions de plaisir et de liberté sont de plus en plus fortes, cette position est difficile à tenir. (...) Il est nécessaire de pouvoir retravailler notre discours et nos messages pour mieux les adapter aux réalités et aux besoins des personnes. Il est indispensable de proposer des alternatives à la capote » (Rapport du comité de pilotage « Hommes entre eux » au Conseil National de AIDES, janvier 2001, p.11).

Ces quelques lignes sont extraites d'un rapport sur les stratégies de prévention chez les homosexuels masculins, présenté en janvier 2001 au Conseil National (CN) de l'association AIDES¹. Elles illustrent les interrogations auxquelles sont alors confrontés les acteurs de la lutte contre le sida : après une vingtaine d'années de mobilisation, la norme préventive fondée sur l'usage du préservatif n'apparaît plus comme une évidence parmi les communautés gaies. L'analyse discutée par le CN de l'association met en relief les tensions auxquelles sont confrontés les militants : les actions centrées sur la promotion du préservatif parviennent difficilement à atteindre les hommes les plus exposés au risque VIH, et en particulier les plus jeunes d'entre eux. Mais l'interrogation porte également sur le rôle des intervenants de terrain. L'expression « curés de la capote » traduit cette difficulté : le discours de prévention apparaît alors comme associé à une parole missionnaire, en décalage avec l'expérience des individus rencontrés dans les actions de terrain.

Pour l'association, le rapport initie un changement de son discours et de son approche de la prévention. Ainsi, quelques mois plus tard, le Comité AIDES Provence expérimente une série de messages de « réduction des risques sexuels » (RdRS), sous forme de flyers diffusés dans un sauna gai à Marseille. En l'occurrence, « réduire les risques » signifie délivrer une série d'informations objectivées sur des stratégies de protection alternatives au strict usage du préservatif. Cette approche traduit une nouvelle manière de penser l'autonomie des homosexuels ciblés par les discours de prévention du VIH. Ces messages s'adressent à des hommes capables de hiérarchiser les risques et d'opérer des choix raisonnés dans leurs propres pratiques de prévention. Dire qu'il existe une alternative au préservatif, c'est remettre en question le modèle d'une sexualité « sans risque » et, à travers elle, interroger l'exemplarité individuelle des gais face au sida. Ainsi la prévention, saisie à travers l'action concrète qu'elle produit sur les publics ciblés peut aussi se lire comme un travail de subjectivation qui transforme la capacité d'agir des individus mais aussi leur rapport à l'incertain, aux autres et à soi. De ce fait, la notion de réduction des risques interroge les agencements subjectifs entre les recommandations de santé publique, la perception du risque et les pratiques de plaisir au sein d'un groupe minoritaire.

Prendre pour objet l'histoire récente des débats sur la prévention parmi les gais nécessite la mise en place d'un dispositif d'enquête croisant archives écrites et orales : entretiens, ouvrages, témoignages, documentaires, articles de presse, comptes rendus de réunion ou littérature grise. Pour analyser la prévention et la « réduction des risques » au sein d'AIDES, je me suis appuyé

¹ Le Conseil National devient Conseil d'Administration à partir du 1^{er} janvier 2002, d'où la cohabitation des deux appellations dans cet article.

sur une série d'entretiens avec des acteurs clés de cette période, situés à différents échelons de l'association (Bureau national, Conseil National/Conseil d'Administration, militants locaux). Précisons que tous les militants interviewés sont des hommes blancs, et se définissent comme gais ou bisexuels². Ces rencontres ont été complétées par la consultation des archives de l'association : bulletin des volontaires, courriers officiels, comptes rendus de CN/CAet de réunions, rapports internes. L'attention s'est d'abord portée sur les argumentaires déployés par les acteurs, pour saisir le processus progressif et discontinu d'élaboration normative. J'ai ensuite confronté les temporalités subjectives des enquêtés afin d'établir une chronologie des débats internes et externes à AIDES ; cette démarche a permis de mieux saisir les fondements théoriques et empiriques de l'approche de RdRS développée par l'association, tout en les resituant au sein des controverses qui l'ont opposée à Act Up-Paris. La mise en équivalence des points de vue qu'implique ce travail a permis d'identifier le caractère complexe et dynamique des univers moraux en jeu dans les débats autour de la prévention des risques³.

La prévention en question

En France, la population homosexuelle fait partie des segments de la population les mieux informés sur les risques liés au VIH/sida. Depuis la seconde moitié des années 1980, elle est ciblée par des campagnes de prévention, associatives d'abord, organisées par les pouvoirs publics ensuite ; ces initiatives sont relayées localement par des actions de proximité, articulées autour de la distribution de préservatifs et de l'incitation au dépistage (Paicheler, 2002). Symbole de la responsabilité sexuelle et outil pratique de protection, le préservatif souligne la dimension relationnelle de la prévention : on l'utilise pour se protéger soi et/ou pour protéger les autres. Au plan collectif, sa promotion véhiculait des valeurs attachées à la préservation d'une communauté sexuelle : le maintien du multi-partenariat, la non-discrimination en fonction du statut sérologique et l'affirmation d'une posture responsable face au risque de transmission.

La fin du monopole du préservatif

Pourtant, dès le début des années 1990, une nouvelle question émerge : comment maintenir les principes de prévention sur le long cours ? Dans les enquêtes, il apparaît en effet que, pour une minorité de gais, l'utilisation du préservatif est inconstante dans les situations de risque (Adam & Schiltz, 1996) : on parle de « relâchement » préventif. Les hypothèses explicatives sont multiples. Les pratiques non protégées sont analysées tour à tour comme l'expression d'un mal-être, la conséquence de l'homophobie structurelle ou de l'hétérogénéité des expériences du VIH dans le monde gai (De Busscher, 2003). Ces constats sont reformulés avec l'arrivée des trithérapies, à partir de 1996.

Les nouveaux traitements démontrent une efficacité remarquable, qui se traduit par une forte baisse des décès dès 1997 (Semaille et al., 2007). D'une maladie mortelle à courte échéance, le sida se chronicise. Mais un autre phénomène retient l'attention : le « relâchement » préventif, auparavant marginal, prend de l'ampleur à la fin des années 1990 (Adam et al., 2001). Selon les Enquêtes Presse Gay, la déclaration de rapports sexuels sans préservatif avec un partenaire occasionnel de statut sérologique inconnu ou différent concerne 19% des répondants en 1997, et 26% en 2000. Les enquêtes suivantes confirment la tendance : près de 33% des répondants déclarent une telle prise de risque en 2004 (Velter, 2007) et 38% en 2011 (Velter et al., 2013). Ces

² Les citations ont été anonymisées dans l'article, à l'exception des responsables publics de l'association. J'ai eu l'occasion de développer ces questionnements dans un autre article (Girard, 2010).

prises de risque occasionnelles concernent tous les homosexuels, indépendamment de l'âge, du statut sérologique ou de la classe sociale. Parmi les gais, 18% sont séropositifs, mais 20% des hommes infectés ignorent encore leur statut sérologique (Velter et al., 2010). Dans ce contexte, les rapports sexuels sans préservatif constituent un risque important pour le VIH. Parallèlement, les données de la Déclaration Obligatoire de Séropositivité⁴ ont confirmé dès 2003 la dynamique spécifique de l'épidémie dans la population homosexuelle : parmi les 6000 nouveaux diagnostics rapportés en France chaque année, près de 40% sont attribués à des relations sexuelles entre hommes (Cazein et al., 2014).

Ces évolutions de l'épidémie du VIH en France sont cohérentes avec celles constatées dans d'autres pays du monde occidental (Kippax et Race, 2003 ; Elford, 2006). Elles conduisent les chercheurs et les associatifs à s'interroger sur la place du préservatif comme outil central des recommandations de santé publique. Les techniques de réduction des risques, mises en œuvre en l'absence de préservatif, font l'objet d'investigations dès la fin des années 1990 (Elford, 2006 ; Hart et Elford, 2010). Une telle approche n'est cependant pas nouvelle dans le champ de la prévention du sida. En effet, dès l'origine de l'épidémie, les gais ont mis en œuvre une diversité d'adaptations aux risques (Girard, 2013). Si le préservatif s'est rapidement imposé comme la pierre angulaire des messages de prévention, son usage a coexisté avec d'autres techniques comportementales – la sécurité négociée dans les couples en est un exemple – ou biomédicales, comme la baisse de l'infectiosité liée aux traitements. Ces adaptations au risque ont été élaborées au travers d'une circulation entre connaissances profanes et savoirs experts (Kippax et Race, 2003).

En France, la notion de réduction des risques a d'abord été envisagée et conceptualisée dans le domaine de la toxicomanie, comme une manière de répondre à l'épidémie de VIH parmi les injecteurs de drogues (Pinell *et al.*, 2002). Sa progressive reconnaissance par les pouvoirs publics l'a légitimée comme approche de prévention. Mais cette dynamique a suscité de nombreuses résistances au cours des années 1980 et 1990, tant la RdR interroge le modèle traditionnel de prise en charge des toxicomanes en questionnant la conception « républicaine » des politiques de santé⁵ (Le Naour, 2010). Élaborée dans le domaine de la toxicomanie, les approches de RdR révèlent également des transformations à l'œuvre dans le champ de la santé publique, en particulier le processus de rationalisation et d'individualisation des normes de santé (Fernandez, 2012). Dans le cadre de la lutte contre le sida, la RdR se veut d'abord une réponse pragmatique et non moraliste à des situations de vulnérabilité. Les acteurs qui portent cette philosophie d'action mettent en avant la prise en compte de la capacité d'agir – et de choisir – des personnes concernées. À travers la RdR, il s'agit moins de prescrire de « bonnes pratiques » sanitaires que de favoriser les conditions d'une conduite raisonnable et éthique, vis-à-vis de soi et des autres.

⁴ La Déclaration Obligatoire de Séropositivité (DOS) est un dispositif de recensement anonyme du nombre et des caractéristiques des nouveaux cas de VIH en France, centralisé par l'Institut national de Veille Sanitaire. Après un dépistage positif pour le VIH, les médecins rapportent dans ce dispositif des informations sociodémographiques sur le patient : âge, sexe, mode de contamination, pays de naissance, nationalité et situation professionnelle. Mise en place en 2003, la DOS a permis de dresser chaque année un portrait précis des nouvelles infections en France.

⁵ G. Le Naour explique ainsi que « Les idées de la RdR sont longtemps restées impensables, voire non formulables, en France. Elles contreviennent, en tous points, à la conception de citoyenneté française ou de norme civique. L'idéal de 'protection de la personne' défendue par les juristes et les soignants ne permet pas, dans un premier temps, l'adoption de mesures qui font de l'individu la référence absolue, et relativisent les valeurs sociales que la loi entendait promouvoir » (p. 51).

Cette approche est cohérente avec le développement, au cours des années 1970, de discours de santé publique fondés sur l'information et la responsabilisation des personnes (Berlivet, 2004). Dans le domaine sexuel, dès les premières recommandations de prévention du sida, dans les années 1980, une hiérarchisation des risques se dessine : le risque « fort » – la pénétration anale – est au centre de la plupart des messages ; les pratiques bucco-génitales sont considérées comme un risque « faible » dont l'évaluation est renvoyée aux personnes, en fonction de critères sanitaires : état de santé bucco-dentaire, évitement du contact avec le sperme... Pour autant, cette manière d'envisager le risque reste cantonnée alors aux actions de proximité.

Avec la recrudescence des pratiques sexuelles non protégées, à la fin des années 1990, la prévention devient un objet de controverses publiques. Si le relâchement préventif est attesté depuis plusieurs années, un nouveau phénomène fait son apparition dans les débats associatifs : les prises de risque revendiquées. Le terme de *bareback* issu de l'argot américain du rodéo, signifie littéralement « monter à cru ». Il est utilisé à partir de 1995 aux Etats-Unis, puis en France, pour désigner des pratiques sexuelles intentionnellement non protégées (Le Talec, 2007 ; Girard, 2013). La revendication d'une sexualité sans préservatif, qu'illustre le *bareback* à la fin des années 1990, apparaît comme un bouleversement dans la manière de penser la prévention.

Le bareback, histoire d'une controverse

C'est d'abord par un homme, Guillaume Dustan, que le scandale arrive. Cet écrivain publie plusieurs romans dans la seconde moitié des années 1990, dans lesquels il met en scène – dans le registre de l'autofiction – la vie d'un gai séropositif parisien (Dustan, 1997, 1998, 1999). Dans ces romans, l'auteur relate des rapports sexuels sans préservatif. Pour les militants d'Act Up-Paris, l'exposition médiatique dont il bénéficie alors met le feu aux poudres : sa posture fait vaciller l'exigence d'exemplarité de la communauté gaie en matière de gestion de l'épidémie. Le conflit public entre l'écrivain et l'association va profondément structurer les débats ultérieurs, en polarisant le monde de la prévention. Si rares sont les protagonistes qui soutiennent l'écrivain dans ses prises de position volontairement excessives, la politique de dénonciation publique du *bareback* par Act Up-Paris ne fait toutefois pas l'unanimité. Autrement dit, si l'inquiétude au sujet de la reconfiguration des normes de prévention est largement partagée, les acteurs ne s'entendent pas sur les réponses à y apporter. Mais si ces débats ont profondément modifié la gestion publique du VIH et transformé le regard porté sur l'homosexualité militante, les enjeux sont avant tout restés politiques, moraux et sanitaires. En effet, et à la différence d'autres pays comme le Canada ou la Suisse, la dimension pénale de la contamination est restée marginale ; en France, les procès pour transmission du VIH ont été exceptionnels, et ont principalement concerné des relations hommes/femmes (Musso, Le Naour, 2009)⁶.

Catégorie polysémique, le *bareback* reste un terme à la définition controversée et instable (Berg, 2009). Mais ses usages témoignent d'une volonté de caractériser l'envers des pratiques de prévention, c'est-à-dire le risque revendiqué. Pour les professionnels de santé publique, même s'il s'agit d'un enjeu très minoritaire, le *bareback* interroge l'idée même d'acteur rationnel – le sujet apparaissant davantage conduit par ses désirs que par la raison sanitaire ; l'érotisation létale du risque en constitue dès lors l'expression la plus radicale. L'apparition du phénomène renforce de

⁶ Le statut marginal de la pénalisation de la transmission du VIH a contribué au faible intérêt des acteurs des débats sur la prévention chez les gais pour le droit. De ce fait la RdR a d'abord été envisagée comme un enjeu de responsabilité morale, plutôt que comme un enjeu de responsabilité pénale.

ce fait l'attention portée par les acteurs associatifs aux jeunes hommes gais, considérés comme plus vulnérables que leurs aînés (Chartrain, 2010 ; Girard, 2010).

Dans le champ associatif, la catégorie *bareback* fait l'objet d'usages très diversifiés, qui reflètent les positions des acteurs. Dans le domaine de la prévention gaie, le champ associatif sida est polarisé par deux associations historiques, AIDES et Act Up-Paris. La première existe depuis 1984 et s'est rapidement implantée dans la plupart des régions, en offrant une diversité de services et d'actions autour du soutien aux personnes séropositives et de la prévention de la transmission du VIH. Au plus fort de la mobilisation, au milieu des années 1990, AIDES regroupe près de 3 000 militants sur le territoire, dont près d'un millier en région parisienne. Si elle est principalement animée par des homosexuels, AIDES se positionne comme une association « généraliste » et non circonscrite au monde gai. À l'inverse, Act Up-Paris, créée en 1989, revendique explicitement son ancrage au sein de la communauté homosexuelle. Principalement basée dans la capitale, l'association compte plusieurs centaines de militants à son apogée (Broqua, 2006). À la différence d'AIDES, Act Up-Paris ne se pense pas comme un acteur de terrain, mais privilégie plutôt un certain activisme politique et une présence active dans l'espace public. Cette association s'est rapidement fait remarquer par son mode d'action spectaculaire et sa critique sévère de la gestion de l'épidémie par les pouvoirs publics, alors qu'AIDES privilégiait à l'inverse un militantisme de négociation (Barbot, 2002).

Au début de « l'affaire Dustan », AIDES est restée relativement en retrait sur la question. Sa publication trimestrielle *Remaidesa* abordé avec prudence la prise de risque chez les gais, qui ne se constitue en thématique centrale qu'à partir de l'année 2002⁷. Pour l'association, le traitement médiatique du phénomène a posé problème, à plusieurs niveaux. D'une part, les mises en accusation qui ont structuré les controverses ne font pas partie de son répertoire politique habituel, fondé sur un modèle non coercitif. D'autre part, le conflit entre Act Up-Paris et les écrivains *barebackers* est apparu trop lié à un milieu homosexuel parisien que la direction de AIDES estimait non représentatif de la majorité des gais. De plus, la focalisation sur le *bareback* risquait de redoubler les discriminations vécues par les personnes séropositives, réactivant l'image du « contaminateur volontaire », récurrente dans les représentations populaires du sida. Sans jamais contester la recrudescence des pratiques sans préservatif, l'association a estimé que le *bareback* – entendu comme la revendication publique et assumée du risque – constituait un problème marginal. Dans un document d'argumentaire en faveur de la RdRs rédigé fin 2002⁸, il est ainsi précisé :

« Depuis environ 6 ans, un débat récurrent traverse la communauté homosexuelle autour de la prévention du sida. En fait, des comportements non préventifs chez des gais ne sont pas une nouveauté, même s'il est évident que l'on assiste à une augmentation depuis 1996. (...) En outre, le débat [sur le *bareback*] et sa médiatisation ont certainement eu pour effet de favoriser la capacité individuelle à déclarer une prise de risque sexuelle (que ce soit dans une enquête ou dans un entretien de prévention sur le terrain), les augmentations de déclarations constatées dans les enquêtes traduisant alors en partie la 'régularisation' de comportements existant préalablement » (p. 4).

7 Avant ce dossier, plusieurs articles ont traité de la prévention chez les homosexuels, mais sans jamais se centrer sur le *bareback* : « Pourquoi faut-il continuer à se protéger ? », *Remaides*, n°36, Juin 2000 ; « Chez les gays la prévention aurait-elle disparu ? », *Remaides*, n°37, septembre 2000 ; « Comment évolue l'épidémie en France ? », *Remaides*, n°40, juin 2001.

8 AIDES, « La prévention du sida chez les homosexuels : quelle place pour la réduction des risques sexuels ? Analyse et perspectives d'action », AIDES, document interne, voté par le CA du 17 novembre 2002.

L'analyse de l'association opère une double mise en perspective. Elle se distancie d'abord des débats récents en les renvoyant implicitement au rang de phénomène historique. Mais elle avance aussi l'idée que sa publicisation a pu servir de support à l'affirmation de pratiques non protégées. Toutefois, sa critique du caractère « idéologique » des débats l'a situé à distance de la lecture plus politique que défendait Act Up-Paris.

Les controverses autour *dubareback* ont ouvert un nouvel univers de pensables et de possibles. La revendication du risque introduit une nouvelle figure radicale : la transgression des normes sanitaires. En 2001, le rapport présenté au Conseil National d'AIDES est traversé d'une interrogation centrale : comment maintenir une norme de prévention individuellement et collectivement acceptable, dans un contexte où l'aspiration au plaisir entre en tension avec la protection contre le VIH ? Partant, ces prises de position contribuent également à rendre explicites les fondements moraux des discours de prévention du VIH/sida. L'absence de protection, si elle semble excusable lorsqu'elle relève d'un relâchement ponctuel des conduites, devient moralement condamnable lorsqu'elle s'affirme comme un choix intentionnel revendiqué.

Vers de nouvelles pratiques militantes

Au tournant des années 2000, AIDES est confrontée à une remise en cause de son approche de la prévention. La politique mise en place au cours de la décennie précédente – centrée autour de la promotion systématique du préservatif – apparaît d'autant plus fragilisée que certains militants disent eux-mêmes expérimenter une certaine prise de risque.

Repenser la prévention ?

La réponse élaborée par AIDES articule une critique de la logique de santé publique (le « risque zéro ») et la prise en compte des tensions individuelles « entre plaisir et liberté ». Cette réponse à une remise en cause des manières de faire de la prévention s'appuie en grande partie sur des récits d'expérience rapportés par certains intervenants de proximité, volontaires ou salariés. Ces acteurs impliqués dans la conceptualisation de la RdRS partagent tous un même constat : la politique de prévention centrée sur la distribution de préservatif et l'éducation sexuelle connaît aujourd'hui des limites. Ainsi, d'après Christian Saout⁹, magistrat et président national de l'association entre 1998 à 2007, les premières discussions sur la RdRS auraient émergé dans un moment particulier où s'effrite le consensus habituel autour de la promotion du préservatif :

« Des groupes gais dans AIDES commencent à dire : ça ne va pas. Cela commence en 1998. Ça ne va pas, nous sommes en échec dans la prévention, parce que les gens ne se protègent plus, pas ou peu, et nos stratégies de promotion du préservatif sont "sèches", et il n'y a pas de contenu de soutien des personnes dans la prévention, pour plein de raisons. À partir de là, on fait l'analyse qu'il faut coller à la réalité des pratiques des gens et essayer de promouvoir une compréhension plus fine de l'échelle des risques. »

À Marseille, il existe un programme spécifique de prévention auprès des gais depuis 1993 (Paillard, 1994). D'abord organisées au sein d'un collectif inter-associatif, les actions ont été progressivement prises en charge par AIDES. Elles se déroulent principalement dans les lieux de rencontre extérieurs (aire d'autoroute, parcs), et se centrent sur la distribution de préservatifs et la promotion de leur usage. À la fin des années 1990, le dispositif ciblé d'aide à l'insertion professionnelle dit « emplois-jeunes » a permis au Comité d'embaucher deux salariés

⁹ Né en 1957, entretien réalisé en avril 2007.

supplémentaires. Dans un contexte particulier où le nombre de volontaires chute, ils interviennent en appui au coordinateur d'action présent depuis l'origine du projet. C'est à la même époque qu'une réflexion sur la prévention se développe au sein du comité. Les militants impliqués dans la prévention gaie partagent un constat commun :

« Sur le terrain on commençait à se faire jeter avec nos capotes ; sans doute, il fallait arriver à autre chose et donc rencontrer les gais d'une autre façon que par le préservatif comme média » (Guillaume, animateur de prévention)¹⁰.

« On était en difficulté sur l'action gaie, clairement. Non seulement ça se passait très mal parce que les gens partaient en courant quand ils voyaient les acteurs de prévention, parce qu'on avait du mal à recruter aussi des gais pour mener les actions... il y avait toujours un petit noyau mais voilà. On voyait bien qu'il y avait un problème avec la communauté, parce que les gais ne s'engageaient plus dans AIDES, ou pas pour faire de l'action gaie » (Martin, chargé de communication)¹¹.

Pour plusieurs des militants rencontrés, les Assises que l'association tient à Lyon en octobre 2000 constituent à ce titre un moment marquant :

« Il y a eu la prise de parole d'un volontaire d'AIDES aussi, pendant la plénière. Qui a dit : "moi, voilà, je suis intervenant en action gai, je suis à AIDES depuis je ne sais pas quel moment, et je me suis contaminé pendant mon volontariat en fait. Et donc moi, ce que je fais dans mes interventions, ce que je dis à tout le monde [c'est] il faut mettre la capote, ben moi la capote... je la mettais pas systématiquement et puis voilà". Cette prise de parole là, personnellement, elle m'a fait gagner je pense quelques années dans le cheminement par rapport à ça, parce qu'on est toujours dans le dedans/dehors, le regard réflexif, et on sortait du dogme précédent du volontaire d'excellence. Là, du coup, il y avait une parole ouverte sur le fait de prendre le risque, par des membres d'AIDES... » (Martin)

À la figure du messager exemplaire, se substitue celle d'un volontaire lui-même potentiellement « faillible ». Cette contradiction éthique et subjective entre exemplarité publique et pratique privée a été documentée par les anthropologues Rommel Mendès-Leite et Bruno Proth lors de leur recherche sur AIDES Paris conduite entre 1995 et 1997 (Mendès-Leite *et al*, 2000). En effet, les volontaires réinvestissent leur propre expérience d'exposition au risque de transmission du VIH dans leur relation au terrain, quand bien même leurs pratiques et leurs discours demeurent, à l'époque, indicibles au sein de l'association. Cette tension entre le rôle attendu – de la part d'un prescripteur de la norme – et l'expérience vécue suscite jusqu'alors des sentiments de honte et d'échec. Le silence autour de ces expériences est renforcé par la crainte du jugement des autres militants, et la peur de ne plus être considéré apte à mener des actions.

Toutefois, une parole sur le risque émerge progressivement à la fin des années 1990. Pour la direction de l'association, l'enjeu du risque excède la seule question des expériences individuelles.

10 Âgé de 33 ans au moment de l'entretien (février 2007), Guillaume travaille au siège national de l'association AIDES en région parisienne. Entre 1999 et 2003, il fut intervenant de prévention en milieu gai à Marseille, dans le cadre des dispositifs « emploi jeunes ». À ce titre, il a participé aux groupes de travail locaux et nationaux autour de la RdRs.

11 Âgé de 34 ans au moment de l'entretien (mars 2007), diplômé en histoire, Martin est alors salarié d'AIDES en région PACA. Il a été précédemment en charge de la communication du Comité Provence, et a participé à l'élaboration des flyers de RdRs.

À Lyon, Hélène Rossert¹², la Directrice Générale de AIDES, prononce un discours qui affirme le besoin d'une plus grande réflexion interne sur le sujet¹³. L'essentiel de son propos concerne « le référentiel de valeurs » qui fonde l'association. Selon elle :

« [En matière de prévention] AIDES est bien située sur l'échiquier de la santé entre, d'une part la santé publique qui exigerait dans tous les champs de la santé et de la maladie un risque 0 et, d'autre part les individus qui doivent en permanence négocier avec leur environnement, leur communauté, leur famille et leurs propres désirs, leurs sentiments et leur plaisir. (...) Si l'on conçoit la RdRS comme la résultante d'une négociation entre un comportement individuel et les intérêts de la santé et plus largement les normes comportementales en usage dans une communauté et la santé publique alors la majorité des activités de AIDES s'y réfèrent » (p. 2).

Au printemps 2000, à la suite d'une réunion des groupes de prévention en milieu gai de plusieurs Comités locaux, le Comité National (CN) décide de commander un rapport sur les perspectives de prévention auprès des homosexuels¹⁴. Il est confié à un comité de pilotage « Hommes entre eux », rédigé durant l'année 2000, discuté et voté lors du CN de janvier 2001. Issu d'un processus interne de critique des formes de la prévention auprès des gais, le rapport ouvre la voie à l'élaboration de nouveaux outils d'intervention et d'une nouvelle approche de « l'exemplarité » préventive. Pour l'association, la démarche implique donc de retravailler ses modes d'intervention. Les prises de parole internes sur le risque participent de ce fait d'une nouvelle forme de gouvernement des conduites. Il s'agit de rendre possible l'expression du décalage par rapport à la norme préventive. L'authenticité sexuelle est reformulée : dire la vérité sur ses pratiques sexuelles fonde un nouveau rapport à soi. Le fait de reconnaître sa propre faillibilité s'inscrit dans une démarche de proximité avec les personnes rencontrées dans les actions de prévention. Il s'agit en effet de mettre en avant une expérience partagée du risque, pour se défaire de l'image de « curé de la capote ».

La fabrique de nouveaux outils

La conception de documents de réduction des risques sexuels (RdRS) au sein du pôle marseillais du Comité Provence a lieu au cours du premier semestre 2001. Suivant les recommandations du rapport du comité de pilotage « Hommes entre eux », il s'agit de « promouvoir une RdR comme espace de négociation individuelle avec les personnes rencontrées en partant de leur propre échelle des risques ». Mais, la forme que pourraient prendre de tels messages reste incertaine. Fondamentalement, c'est le « passage à l'écrit », c'est-à-dire la diffusion de documents présentant une échelle de risque qui pose problème.

Le projet marseillais est conçu sous la forme de documents de petite taille (des « flyers »), non destinés à être diffusés dans la presse. De ce fait, le registre de langage choisi reflète les expressions courantes dans le milieu homosexuel, avec des expressions telles que « capote », « baiser » ou « plan *hard* ». Quatre types de pratiques non protégées sont ciblés à travers huit messages, sans que le statut sérologique du destinataire ne soit évoqué. Le risque lié au contact sperme/muqueuse fait l'objet de deux messages centrés sur la pratique du « retrait » avant éjaculation :

12 Hélène Rossert : médecin de santé publique, Directrice Générale d'AIDES de 1998 à 2007.

13 Rossert H, « La réduction des risques liés au VIH : un essai d'analyse de santé publique de l'action de AIDES », Texte du discours prononcé aux assises de AIDES (2000).

14 « Lettre de mission du comité de pilotage sur la prévention en direction des 'hommes entre eux' », votée par le CN du 15 avril 2000.

« Sans capote, mieux vaut se retirer avant d'éjaculer »

« Sucrer sans capote ? Attention au sperme »

Deux flyers abordent les risques liés au non usage du préservatif dans des situations de multi-partenariat et/ou de relations sexuelles « *hard* »¹⁵ :

« Sans capote, plus il y a de mecs, plus il y a de risques »

« Baiser des heures, plan hard : encore plus de risques sans capote »

Deux d'entre eux évoquent des adaptations comportementales, le positionnement actif/passif et l'utilisation de gel lubrifiant pour limiter les lésions lors des pénétrations anales :

« Sans capote, il est encore plus risqué de se faire baiser. »

« Tu baisses sans capote ? Mets au moins du gel ! »

Enfin, les deux derniers sont ciblés sur des facteurs biomédicaux du risque de transmission :

« Sans capote, une charge virale élevée augmente le risque de contamination par le VIH. »

« Les Maladies Sexuellement Transmissibles augmentent le risque de contamination par le VIH. »

Au verso, un texte explique la phrase « d'accroche » en détaillant les facteurs de risque et les moyens de les réduire. Enfin, une phrase commune à chaque document indique que « le préservatif et le gel restent les meilleurs moyens de se protéger ». La logique générale des « flyers » s'appuie sur une conception de la prévention qui contraste avec les recommandations habituelles. Plutôt que de prescrire un comportement (la logique de la promotion du préservatif), les messages mettent en jeu la capacité à des acteurs à opérer des choix. Cela se manifeste par la mise en balance d'une pratique et d'un risque dans certains messages : « Baiser des heures (...) : encore plus de risque sans capote » ; mais également à travers la présentation d'informations biomédicales : « Les MST » ou « une charge virale élevée (...) augmentent le risque ». La mise en avant d'un sujet rationnel abstrait neutralise les enjeux de vulnérabilité – relationnelle, psychique, identitaire. À travers ces outils, les militants marseillais véhiculent un modèle de la gestion du risque en partie ancré dans leurs propres expériences d'hommes de classe moyenne, détenteurs de diplômes universitaires et très informés sur le VIH.

Pour les concepteurs des messages de réduction des risques, il importe d'établir l'acceptabilité et surtout l'absence de nocivité des « flyers ». La première étape d'évaluation qualitative a lieu lors des Universités d'Été Euroméditerranéenne des Homosexualités (UEEH), qui ont lieu à Marseille à l'été 2001, puis dans un sauna au premier semestre 2002¹⁶. L'initiative suscite de nombreuses résistances au sein même de l'association, sur différents registres.

Travail militant : prescrire ou accompagner ?

Certains volontaires de AIDES rejettent le principe de la RdRS, car ils se sentent mis en difficulté par la logique de rationalisation de la gestion du risque. Elle leur apparaît inadaptée pour un certain nombre de gais, en particulier ceux considérés comme les plus « vulnérables », en particulier les jeunes. Par ailleurs, la nouvelle approche tend à favoriser l'expression des prises de

15 Le terme inclut un ensemble non délimité de pratiques : sado-masochisme, bondage et/ou fist-fucking.

16 Pour une version plus détaillée (Girard, 2013)

risque, une démarche qui implique de repenser le rôle du volontaire et la nature des conseils de prévention. L'un des militants « pro-RdRS » rencontré établit un parallèle entre l'adoption de cette démarche et la décision prise par AIDES au cours des années 1990 de distribuer des seringues dans ses locaux :

« Et je me rappelle que sur cette histoire de RdRS, ce à quoi on était confrontés en interne, mais vraiment "confrontés" c'est le terme, c'est à deux camps. Un petit peu comme cette histoire quand il a fallu qu'on mette à disposition des seringues... (...) Ouvrir la porte à d'autres approches que le préservatif, ça sous-entend accepter qu'il peut y avoir des contaminations, ce qui sous-entend accepter que des mecs contaminent d'autres mecs. Donc il y avait un camp qui pouvait travailler là-dessus et accepter qu'il puisse y avoir des gais séropositifs qui contaminent, parce que c'était ça aussi le truc, on voyait ça comme ça ! Les gais séronégatifs qui ne mettaient pas le préservatif et qui se contaminaient, mais tu avais l'autre versant, c'est-à-dire le mec séropositif qui du coup n'utilisait pas le préservatif. L'entendre, c'était la base ! Si tu voulais commencer à travailler sur les messages, il fallait encore partager le postulat de départ. Pas le nier. Et tu avais l'autre groupe qui non seulement le niait, mais criait au scandale, "c'est des criminels, c'est des irresponsables", c'était ça » (Pierre, coordinatrice prévention, Marseille)¹⁷.

Pour Pierre, les réactions des anti-RdRS revêtent les traits d'une opposition moraliste à la démarche, telle qu'elle avait pu s'exprimer quelques années plus tôt autour de la toxicomanie. Pour autant, ces prises de position critiques ne sont pas réductibles à cette analyse. Elles expriment également une exigence de responsabilité et une préoccupation politique face à des pratiques perçues comme menaçant la « cohésion communautaire ». Pour ses opposants au sein de l'association, la RdRS participe de la dégradation du lien communautaire, en individualisant les messages de prévention. À partir de l'été 2002, lorsque les prises de position d'Act Up-Paris sont rendues publiques, une partie des volontaires marseillais, plus proches de la vision actupienne de la prévention que de celle défendue par leur propre association, en profitent pour exprimer plus fortement leur désaccord.

Les débats touchent aussi à la manière dont les responsables de l'association font, en interne, la promotion des politiques de réduction des risques. Celle-ci est issue des constats de terrain, et illustre la logique ascendante de la santé communautaire dont se réclame AIDES. Elle permet en particulier de repositionner l'association, souvent perçue comme très institutionnelle, sur le terrain de l'innovation en matière de prévention. Les dirigeants locaux sont donc convaincus de la légitimité et du bien-fondé de l'approche de RdRS. Parmi eux, Bruno Spire, à l'époque président de l'antenne AIDES-Provence et membre du Conseil National, est chercheur en santé publique sur les questions de VIH¹⁸. Familier des raisonnements scientifiques, il est à l'aise avec la notion de RdR et l'approche probabiliste du risque.

Se pose également la question de l'évolution du travail militant sur le terrain et la transformation de ses pratiques éducatives (prescripteur vs accompagnant) :

« On était quelques-uns à avoir foncé là-dedans, à être convaincus que c'est ça qu'il fallait faire, et du coup on a sans doute manqué de pédagogie en interne. Il y a eu une réaction de rejet, de la part de volontaires, de permanents... ça a été dur. Mais parce qu'on a compris ensuite ce à quoi ça faisait écho. Notamment au positionnement des acteurs de prévention. Donc c'est ça, on a été obligé de déconstruire ça. Sur le coup, on n'a pas mesuré... on n'a pas mesuré l'effet que ça pourrait produire, à quel point ça pourrait déstabiliser des acteurs de prévention d'accepter le fait de conseiller les

¹⁷Pierre a 47 ans au moment de l'entretien (mars 2007). Il est salarié d'AIDES à Marseille. Entre 2001 et 2008, il coordonne les interventions de prévention en milieu gai.

¹⁸ Bruno Spire est né en 1960. Médecin et virologue de formation, il travaille dans le domaine du VIH dès le début des années 1980. À la fin des années 1990, il réoriente ses recherches en santé publique dans une unité de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm).

personnes qui ne se protègeraient pas de toute façon. Parce que c'était le cas. Et du coup de changer de discours entre eux : 'il faut mettre un préservatif' avec : 'tu en mets toi ? Tu n'en mets pas ? Tu devrais essayer de faire comme ça'... » (Martin).

Pour les militant-e-s d'AIDES impliqués dans la prévention gaie, la formulation d'un discours de RdRS procède d'un processus complexe et conflictuel. Pourtant, la dynamique relationnelle entre l'intervenant et l'utilisateur ne change pas fondamentalement. Il s'agit d'abord de faire émerger une parole sur les pratiques sexuelles, en créant une relation de confiance – de « non-jugement » – propice au dévoilement de la sexualité, et du risque éventuel.

L'entretien est envisagé comme un processus permettant de lever les obstacles – moraux, émotionnels – à l'expression d'une parole véritablement « libre » sur la sexualité et la prévention. Les militants s'accordent en particulier pour qualifier de « réussi » un entretien de prévention au cours duquel la personne rencontrée se livre longuement et dévoile ses pratiques avec sincérité. La dynamique du dialogue préventif est envisagée comme l'outil d'une meilleure connaissance de soi. L'entretien, en tant que « technique confessionnelle » (Nguyen, 2010), participe d'un travail de conscientisation du rapport au risque, qui vise à déculpabiliser les pratiques afin de mieux pouvoir les rationaliser.

Pourtant, au sein de l'association, des conflits émergent. La place et le rôle du militant sont au cœur des débats ; en effet, les acteurs de proximité sont invités à soutenir les individus dans l'élaboration de leurs propres appréciations du risque. Ce déplacement de l'approche met également en jeu la crédibilité de l'intervenant. Au préservatif, considéré comme fiable s'il est utilisé correctement et systématiquement, s'ajoute un ensemble de techniques de réduction du risque, à l'efficacité relative. Dès lors, le rôle d'informateur se complexifie, accordant plus de place à l'incertitude et au doute.

Le préservatif est l'outil d'une discipline consentie de la sexualité gaie. Avec la RdRS, l'élargissement des recommandations s'accompagne d'une individualisation de la gestion du risque. La prévention devient l'affaire de situations, au cours desquelles des acteurs conscients vont opérer des choix, en fonction d'une évaluation du danger. L'approche de RdRS relève d'un « dispositif de sécurité » (Berlivet, 2004), fondé sur la notion d'un contrôle de soi non coercitif. L'insistance des militants sur le caractère non « moraliste » de leur démarche en témoigne : il ne s'agit pas de contraindre, mais d'aider à prendre conscience. Le déplacement d'une logique relationnelle – le préservatif comme standard de protection valable pour tous – à une logique situationnelle – la réduction des risques comme ensemble de techniques adaptables – redéfinit la prévention comme entreprise de morale.

La politisation du risque

L'épidémie de sida a confronté la population homosexuelle à une menace létale dont les modes de transmission touchent les fondements du mode de vie gai. L'adoption des comportements de prévention est donc devenue la pierre angulaire d'un processus de subjectivation sanitaire qui met en jeu des valeurs de solidarité, de responsabilité individuelle et collective, et de respectabilité vis-à-vis du reste de la société. S'entendre sur la désignation du danger – les situations à risque pour le VIH – participe ainsi de la définition des relations sociales souhaitables entre homosexuels (Calvez, 2004). Dans les années 1980 et 1990, un consensus s'établit autour de la promotion du préservatif, qui propose un compromis acceptable entre le message de santé publique et l'idée d'une sexualité authentique (Dodier, 2003). Mais les débats autour de *dubareback* qui émergent à la fin des années 1990 ébranlent cette approche.

Communauté et individu

Au fil de l'analyse des débats associatifs, la gestion du risque apparaît comme un enjeu politique et moral aux ramifications complexes. La prévention met en effet en jeu l'existence d'une communauté sexuelle, historiquement soudée contre l'épidémie. La difficulté à s'accorder sur une compréhension partagée de la responsabilité avive le débat sur la cohésion du groupe (Girard, 2013). En ce sens, le travail politique mené par Act Up-Paris dans les débats sur le *bareback* vise avant tout à réaffirmer les contours de cette communauté. La figure du « preneur de risque » est constituée comme l'envers négatif de la figure de l'homosexuel mobilisé. Le sujet responsable de la sexualité se définit ainsi dans la désignation d'une déviance, à travers un rappel à la norme.

L'approche de réduction des risques sexuels est pour sa part travaillée par une double logique. La première est réflexive, et s'ancre dans la reconnaissance par les acteurs de prévention de leur propre « faillibilité » : on peut, en toute connaissance de cause, prendre un risque. La seconde logique implique une rationalisation des outils de prévention du VIH. La quantification des risques de transmission, et leur hiérarchisation, est un exercice établi dans le monde biomédical. Mais l'appropriation de cette « raison statistique » par les militants est nouvelle dans le domaine de la prévention. À l'entrecroisement de ces deux logiques, se dessine un sujet réflexif, responsable de ses propres prises de risque.

Mais la prévention du sida implique également une « culture de soi », que les débats associatifs mettent en lumière. Pour Act Up-Paris, ce discours de soi se déploie d'abord sur le plan diachronique : le maintien de la norme préventive est un enjeu de mémoire des personnes décédées du sida, et cette continuité est régulièrement affirmée dans les textes de l'association. AIDES met pour sa part d'abord en avant une dimension synchronique : c'est à l'échelle d'une situation épidémique donnée qu'est pensée la prévention. Dans leurs propos, les acteurs soulignent les éléments de discontinuité qui changent le contexte du risque, au plan collectif – l'arrivée des trithérapies – comme au plan individuel. On l'a vu, les enjeux se nouent par ailleurs autour de ce que les recommandations de prévention « autorisent » ou « empêchent », posant à nouveaux frais la question du choix et de la capacité d'agir des individus. C'est finalement la redéfinition de la prévention comme une « entreprise de morale » cohérente qui est au cœur des discussions. Avec la RdRS, de nouvelles modalités de la connaissance de soi s'imposent progressivement comme un impératif sanitaire : vérifier régulièrement son statut sérologique, à travers un dépistage fréquent, ou pour les hommes séropositifs, connaître le niveau de sa charge virale. La dimension relationnelle, symbolisée par le préservatif, passe alors au second plan.

De ce fait, c'est le projet pédagogique de la prévention qui évolue. La promotion du préservatif comprenait en effet une double dimension : la diffusion d'un moyen de protection relationnel et l'affirmation d'une responsabilité collective face au reste de la société. Le préservatif a également été le symbole de la généralisation de la lutte contre le sida, les recommandations de santé publique s'en servant comme outil de communication sur la maladie, notamment en direction des jeunes (Paicheler, 2002). La nouvelle approche d'AIDES se propose avant tout d'éduquer les premiers concernés – les gais les plus exposés au risque – à des techniques de gestion du risque. L'enjeu de discipline se déplace donc du collectif vers l'individu, mettant à mal le consensus autour de la responsabilité dans la prévention. À travers les débats sur le risque, deux conceptions de ce qu'être gai signifie cohabitent : au sujet minoritaire, membre d'une communauté stigmatisée, s'oppose un sujet rationnel et autonome.

La raison libérale de la prévention

L'enjeu est de taille, car la manière de penser le sujet de la prévention conditionne l'appréciation de la responsabilité individuelle face au risque. Au cours des années 1990, Act Up-Paris a

explicitement mis en cause les pouvoirs publics dans la responsabilité des nouvelles infections : la frilosité à aborder l'homosexualité dans les campagnes de prévention « grand public » traduirait une homophobie d'État. Mais la médiatisation du *bareback* la diffusion de messages de RdRS change la donne. C'est à l'individu lui-même que l'on peut dès lors imputer la responsabilité de la prise de risque et/ou de la contamination.

Dans ce contexte, « l'écriture » des messages de RdRS est logiquement au cœur de la controverse associative. Elle constitue en effet la principale nouveauté de la démarche d'AIDES. Pour Act Up-Paris, la diffusion de documents qui ne préconisent pas l'usage premier et systématique du préservatif favorise la confusion du message de prévention, voire incite au relâchement des conduites :

« Délivrer un message de type "réduction des risques sexuels", fait de slogans, sans le moindre discours d'accompagnement clair est totalement inconscient. La diffusion de ce type de message risque de généraliser une nouvelle norme de comportements sexuels qui exclut d'emblée le préservatif : on "gèrera les risques" plutôt que de les prévenir en utilisant une capote. Le préservatif passe ainsi au second plan des préoccupations, alors que, pour nous, il doit rester au premier plan de tous les discours et les comportements de prévention » (courrier d'Act up à AIDES, juin 2002).

Pour Act Up-Paris, l'écrit doit véhiculer un message autorisé, fondé sur la transmission de connaissances objectivées sur le risque. En ce sens, la démarche d'AIDES est, pour ces militants, doublement discutable. Elle promeut d'abord des stratégies alternatives au préservatif qui reposent sur des données scientifiques peu étayées (comme l'évaluation dans le sauna marseillais). Mais elle met aussi à mal le consensus communautaire qui a longtemps considéré le préservatif, et à travers lui la lutte contre le VIH, comme le symbole d'une homosexualité responsable. À l'inverse, pour AIDES, la RdRS participe d'abord d'une logique pragmatique de proximité. L'objectif est à la fois tactique et stratégique. Il s'agit non seulement de faire valoir la position « non-moraliste » de l'association mais aussi de donner une certaine légitimité aux expériences des usagers et des militants.

Les deux associations s'accusent mutuellement de favoriser, par leur discours public, de nouvelles contaminations. Cette tension est explicite dans les tribunes que les deux associations publient dans le quotidien *Libération* en août/septembre 2002.

Pour AIDES, l'enjeu y est posé ainsi : après près de vingt ans d'épidémie, il est difficile pour les gais de maintenir un usage régulier du préservatif avec leurs partenaires occasionnels. Dans le même temps, les données épidémiologiques indiquent un « *cantonement* » de l'épidémie autour de 6000 nouvelles contaminations annuelles. Du fait de la prévalence élevée du VIH dans cette population, il est donc admis que certains gais risquent d'être infectés. Il n'apparaît alors pas concevable de culpabiliser les personnes en difficulté avec la prévention en leur reprochant de ne pas pouvoir/vouloir utiliser le préservatif :

« Les personnes qui n'arrivent pas à se protéger, qu'elles soient séropositives ou séronégatives, éprouvent un fort sentiment d'abandon de la part des associations de lutte contre le sida. Dans ce public très précis, un discours réduit au « 100% capote » n'aide pas ceux qui prennent des risques à en prendre moins, mais les culpabilisent et les enferment dans le silence. On peut vouloir ne pas le voir... »¹⁹.

Refusant la culpabilisation de la sexualité sans préservatif, AIDES affirme néanmoins l'ancrage moral de sa conception de la prévention : il s'agit d'éviter la stigmatisation et le rejet des « preneurs de risque ». Mais l'argumentation d'AIDES met en cause explicitement les postures

¹⁹ Saout (C.), « Repenser la prévention du sida », *Libération*, 30 août 2002

de ses adversaires. Dans sa tribune, C. Saout critique les approches « injonctives » d'usage du préservatif : « *Il est temps de changer de braquet, car le 'tout capote' finit par avoir un effet contre-productif* ». C'est bien entendu la position défendue par Act Up-Paris au cours des années précédentes qui est visée. Mais il s'agit plus largement d'une critique des messages de prévention proposés par les acteurs associatifs et institutionnels de la lutte contre le sida au cours de la dernière décennie. Cette approche de prévention est rendue responsable des difficultés rencontrées par les gais exposés au VIH. Dans l'optique d'AIDES « *l'écoute* » et « *la proximité* » avec les personnes en difficulté permettront de mieux les aider à se protéger : « *il faut donner toutes les clés aux personnes pour en faire des décideurs autonomes* ». La lecture à la fois morale et politique du risque qui se dessine place explicitement l'individu et sa capacité d'agir au cœur de la prévention.

Dans l'histoire de la prévention du sida, l'imputation de la responsabilité des contaminations est un argument fréquemment utilisé. Dans les discours d'Act Up-Paris, il a servi à mettre en cause un Etat jugé défaillant (Paicheler, 2002), accusé d'avoir tardé à prévenir l'épidémie dans les groupes marginalisés socialement. Suivant cette logique, chaque nouveau décès et chaque nouvelle contamination peuvent être imputés aux pouvoirs publics. Cette perspective morale permet de réaffirmer la dimension proprement « humaine » de la maladie, face aux logiques populationnelles et statistiques de l'épidémiologie ou de la santé publique. Dans le cas de la RdRS, les militants d'Act Up-Paris emploient cet argument pour délégitimer la démarche d'AIDES:

« Il ne s'agit donc plus de prévention mais d'information sur des probabilités de contamination : « telle pratique est moins risquée que telle autre ». Un flyer explique par exemple que sans capote, « enculer » est moins risqué que « se faire enculer ». Le postulat de départ de ce discours est une pratique contaminante (sans capote). En tant qu'association de séropositifs, nous ne pouvons l'accepter. Pour nous, il n'y a pas de risque « tolérable » de contaminer ou de se faire contaminer. C'est pourtant ce que défendent plus ou moins explicitement les partisans de la réduction des risques »²⁰.

La démarche politique d'Act Up-Paris est donc clairement affirmée : en défendant la norme d'usage du préservatif, il s'agit de renforcer les capacités préventives de l'ensemble des membres de la communauté gaie. Mais il s'agit aussi de rappeler que chaque infection est un événement « intolérable ». Pour l'association, la RdRS et le « non jugement » mis en avant par AIDES relèvent d'une approche permissive, défavorable à la prévention.

L'analyse des controverses qui ont entouré les premiers pas d'un outil de RdRS au cours des années 2001-2002 éclaire un moment singulier de l'histoire de la prévention du sida en France. Avec l'émergence de la RdRS, on peut bel et bien analyser un mécanisme de « prolifération » du risque (Peretti-Watel, 2000), caractérisée par la « croissance exponentielle des connaissances disponibles » et leur « traitement statistique ». Le risque s'affirme ainsi, plus que jamais, comme une grille de lecture incontournable des discours contemporains sur la sexualité. Cependant, ces débats restent cantonnés au milieu homosexuel, alors que le VIH et sa transmission sexuelle concernent d'autres minorités, en particulier les migrants d'Afrique subsaharienne, les usagers de drogue ou les personnes trans. Mais dans ces populations, les préoccupations de prévention demeurent largement déssexualisées par les acteurs de la santé publique et les chercheurs. Pour les migrants, cette occultation de la sexualité correspond à une résistance aux modes d'explication culturalistes de l'épidémie (Marsicano, 2014). Pour les

²⁰ Devemy (J.), « La capote, rien que la capote », *Libération*, 6 septembre 2002

usagers de drogue et les trans, les risques pour le VIH sont d'abord pensés comme la conséquence d'une vulnérabilité sociale –liée à des pratiques ou des identités stigmatisées – plutôt que comme un enjeu sexuel. À l'inverse, chez les hommes gais, la mobilisation autour de la prévention des risques sexuels s'inscrit dans un processus historique de reconnaissance sociale et de respectabilité, que l'émergence du *bareback* a remis en question. De ce fait, la compréhension des positionnements associatifs autour de cet enjeu de prévention est indissociable de l'analyse de l'homosexualité dans nos sociétés contemporaines. Ce constat explique la relative discrétion des pouvoirs publics sur le sujet durant la période étudiée, ces derniers craignant qu'une prise de position soient interprétée comme une forme d'homophobie.

Dans cette perspective, l'enjeu d'autonomie des gais face aux risques devient un objet central du travail de la prévention, qui s'accompagne d'un nouveau rapport à soi. Le déplacement de la responsabilité préventive vers l'individu tend à renvoyer au second plan les facteurs structurels du risque, en particulier la position des hommes gais dans une société hétéronormée. Ce faisant, c'est la manière même de penser le sujet minoritaire qui est transformée.

Bibliographie

- Adam(P.) & Schiltz(M.-A.),« Relapse et cantonnement du risque aux marges de la ‘communauté’ : deux idées reçues à l’épreuve de l’enquête presse gaie », in Calvez et al. (ed.), *Les homosexuels face au sida - Rationalités et gestions des risques*, Paris: ANRS, 1996
- Adam (P.) Hauet (E.) et Caron (C.), « Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays. Résultats préliminaires de l’enquête presse gay 2000 », Rapport, InVS, Saint-Maurice, 2001
- Barbot (J.), *Les malades en mouvement. La médecine et la science à l’épreuve du sida*. Ed. Balland, Paris, 2002
- Berg (R.), « Barebacking: A Review Of The Litterature », *Archives of Sexual Beahvior*, 38 (5), 2009
- Berlivet (L.), « Une biopolitique de l’éducation pour la santé. La fabrique des campagnes de prévention », in Fassin (D.), Memmi (D.), dir., *Le gouvernement des corps*, Éd. EHESS,Paris, 2004
- Broqua (C.), *Agir pour ne pas mourir ! Act Up, les homosexuels et le sida*, Presses de Sciences Po, Paris, 2006
- Calvez (M.), *La prévention du sida: les sciences sociales et la définition des risques*, PUR, Rennes, 2004
- Cazein (F.), et al., « Découvertes de séropositivité VIH et sida – France, 2003-2012 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°9-10, 2014
- Chartrain (C.), « Jeunes et usages de la jeunesse dans la prévention du sida en France », in Véronique Blanchard, Régis Révenin et Jean-Jacques Yvorel (dir.), *Jeunes, jeunesses et sexualités. Initiations, interdits, identités (19^e-21^e siècle)*, Ed. Autrement, 2010
- De Busscher (P.-O.), « Saisir l’insaisissable : les stratégies de prévention du sida auprès des homosexuels et des bisexuels masculins en France (1984-2002) », in Broqua C. et al. (Dir.), *Homosexualités au temps du sida. Tensions sociales et identitaires*,Éd. ANRS, Paris,2003
- Dodier (N.), *Leçons politiques de l’épidémie de sida*, Éd. EHESS, Paris, 2003
- Dustan (G.), *Je sors ce soir*, Éd. P.O.L, Paris, 1997
- Dustan (G.), *Plus fort que moi*, Éd. P.O.L, Paris, 1998
- Dustan (G.), *Nicolas Pages*, Éd. Balland, Paris, 1999
- Elford (J.), « Changing patterns of sexual behaviour in the era of highly active antiretroviral therapy»,*Current Opinion in Infectious Diseases*19, 1, 2006
- Fernandez(F.), « ‘Responsables de quoi ?’ Le travail moral des usagers de drogue précarisés » in Fassin (D.), Eideliman (J.-S.), dir., *Économies morales contemporaines*, Paris, Éd. La Découverte, 2012
- Girard (G.), « Les jeunes gays des années 2000 : “une population vulnérable ?” », in Véronique Blanchard, Régis Révenin et Jean-Jacques Yvorel (dir.), *Jeunes, jeunesses et sexualités. Initiations, interdits, identités (19^e-21^e siècle)*, Autrement, mars 2010
- Girard (G.), « Relations d’enquête, tensions identitaires et implication du chercheur dans une enquête sur la prévention du VIH/sida parmi les homosexuels en France », in Chabrol (F.), Girard (G.), dir.,*VIH/sida. Se confronter au terrain. Expériences et postures de recherche*, Éd. ANRS, 2010
- Girard (G.),*Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention*, PUR, Rennes, 2013
- Hart (G.), Elford (J.), « Sexual risk behaviour of men who have sex with men: emerging patterns and new challenges ». *Current Opinion in Infectious Diseases* 23 (1), 2010
- Kippax (S.), Race (K.), « Sustaining Safe Practice: Twenty Years On », *Social Science & Medicine* 57 (1), 2003

Le Naour(G.), *Drogues, sida et action publique: une très discrète politique de réduction des risques*, PUR, Rennes, 2010

Le Talec (J.-Y.), « Bareback et construction sociale du risque lié au VIH chez les hommes gay », in Bozon(M.), Doré (V.), dir., *Sexualité, relations et prévention chez les homosexuels masculins. Un nouveau rapport au risque*, Éd. ANRS, Paris, 2007

Marsicano (E.), « Sida, sexualité et migration », *La vie des idées*, 26 novembre 2014 : <http://www.laviedesidees.fr/Sida-sexualite-et-migration.html>

Mendès-Leite (R.), Proth (B.), De Busscher (P.-O.), *Chroniques socio-anthropologiques au temps du SIDA: trois essais sur les (homo)sexualités masculines*, Éd. L'Harmattan, Paris, 2000

Musso(S.), Le Naour (G.), « Malades, victimes ou coupables ? Les dilemmes des luttes contre le sida », in Lefranc(S.), Mathieu (L.), dir., *Mobilisation de victimes*, PUR, Rennes, 2009

Nguyen(V.-K.), *The Republic Of Therapy. Triage and Sovereignty in West Africa's Times Of AIDS*, Duke University Press, Londres, 2010

Paicheler (G.), *Prévention du sida et agenda politique*, Éd. CNRS, Paris, 2002

Paillard (B.), *L'Epidémie: carnets d'un sociologue*, Éd. Stock, Paris, 1994

Peretti-Watel(P.), *Sociologie du risque*, Éd. Armand Colin, Paris, 2000

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

Semaille (C.) et al., *Institut de veille sanitaire. Lutte contre le VIH/sida et les infections sexuellement transmissibles en France – 10 ans de surveillance, 1996-2005*, InVS, Saint Maurice, 2007

Velter(A.), dir., *Rapport Enquête Presse Gay 2004*, ANRS - InVS, Saint-Maurice, 2007

Velter (A.), Barin (F.), Bouyssou (A.), Le Vu (S.), Guinard (J.), Pillonel (J.) et Semaille (C.), « Prévalence du VIH et comportement de dépistage des hommes fréquentant les lieux de convivialité gay parisien, Prevagay 2009 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°45-46, 2010

Velter (A.), Saboni (L.), Bouyssou (A.), Semaille (C.), « Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée – Résultats de l'Enquête presse gays et lesbiennes 2011 », *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°39-40, 2013