# VIH/sida

Gabriel Girard

▶ **To cite this version:**

Gabriel Girard. VIH/sida. Juliette Rennes. Encyclopédie critique du genre, La Découverte, pp.670-680, 2016, 9782707190482. halshs-01389048

**HAL Id: halshs-01389048**
**https://shs.hal.science/halshs-01389048**

Submitted on 3 Nov 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.

# VIH/Sida

**Gabriel Girard**

**Publié dans : Rennes, Juliette (Dir.), Encyclopédie critique du genre, Édition La Découverte, Paris, p.670-680**

Au cours des trente-cinqdernières années, l'épidémie de VIH/Sida a profondément bouleversé les relations entre médecine, santé publique et société. Dans ce contexte, les sciences sociales ont joué un rôle clé pour documenter les enjeux liés à la prévention, à l'expérience de la maladie ouà l'accès aux soins. En France, l'irruption du VIH a également créé les conditions du développement d'un champ derecherche sur différentes dimensions de la sexualité et de la santé sexuelle : comportements, perception du risque, conjugalité, sociabilités et identités. Le constat vaut à l'échelle internationale.Au Nord comme au Sud, les recherches sur les comportements sexuels et la prévention ont donné lieu à une vaste littérature scientifique, en lien étroit avec les préoccupations de santé publique.

La structuration d'un nouveau champ derecherche sur la sexualité ne saurait cependant se réduire àun effet d'opportunité. Dès les premières années de l'épidémie, la réalité biomédicale du VIH adéterminéen profondeur les analyses de sciences sociales [Gagnon, 2008]. Ainsi, en se focalisant sur les comportements « à risque » ou sur les pratiques pénétratives, de nombreuses enquêtes offrent une lecture limitative des rapports sociaux qui façonnent la sexualité. Dès lors, si les recherches sur le VIH représentent une base de données inestimable sur les enjeux sexuels, il importe de poser un regard critiquesurcertains de leurs présupposés et de leurs points aveugles.

## L'urgence de comprendre

Au début des années 1980, l'affirmation des gays et des lesbiennes est encore récente dans le monde occidental. Dans la plupart des grandes villes, la visibilité homosexuelle s'appuie sur la mobilisation associative, sur le développement d'une presse communautaire, mais aussi sur l'ouverture de commerces spécifiques(bars, librairies, boîtes de nuit, sexclubs, etc.). Dans ce contexte, l'alerte lancéeen 1981autour des premiers cas de Sida résonne comme un coup de tonnerre. Non seulement la maladie est mortelle à courte échéance, mais on découvre qu'elle est également transmissible sexuellement, par le sang et de la mère à l'enfant, durant la grossesse et à la naissance.

Dès les premières années de l'épidémie, la délimitation de populations « à risque » devient donc un enjeu politique centraldans les débats publics. Si l'on diagnostique des malades dans tous les groupes sociaux, il apparaît que le virus touche de façon disproportionnée certains segments de la population : les communautés homosexuelles, les usagers·ères de drogues, mais aussi les migrant·e·s d'Afrique – et notamment les femmes – ou les personnes trans'. Aux États-Unis, la diffusion différentielle du VIH est instrumentalisée par l'administration du président Ronald Reaganpour blâmer les modes de vie homosexuels, mais aussi les usagers·ères de drogue et les travailleurs-euses du sexe. En France,l'interprétation de la maladie – désignée comme un « cancer gay » par certain·e·s journalistes – est également controversée. En 1986, le Front national en pleine ascension électorale propose par exemple d'isoler les malades dans des « sidatoriums ». Si cette option coercitive est dénoncée, les pouvoirs publics sont néanmoins réticents à prendre en charge l'information et la prévention, considérant que la maladie ne concerne qu'une minorité.Il faut attendre la fin des années 1980 pour qu'une réponse publique d'envergure soit proposée [Pinell, 2002].

Face au désintérêt età l'inaction des pouvoirs publics, les malades et leurs proches s'organisent et créent des associations, telles le Terrence Higgins Trust à Londres, AIDES en France ou le Gay Men'sHealthCrisis aux États-Unis. Ces structures prennent en charge le soutien aux personnes atteintes, l'information du public et la prévention. Craignant que le VIH n'entraîne un recul des droits et des libertés pour les minorités, les associations s'attachent à promouvoir une approche alliant santé publique et droits humains. Il s'agit de faire du Sida une cause généralisable. C'est dans ce contexte d'incertitudes et d'inquiétudesque les premiers travaux de sciences sociales sur le VIH sont initiés.

En France, l'épidémie est révélatrice d'un manque criant de données sur les comportements sexuels et sur l'usage de drogues, pourtant nécessairesà la mise en œuvre de programmes de prévention adaptés. Animéspar l'urgence de documenter les modes de vie des homosexuels masculins, les sociologues Michael Pollak et Marie-Ange Schiltz mettent sur pied l'Enquête presse gay en 1985 [Schiltz, 2012].

**Étudier les modes de vie gays**

L'Enquête presse gay est un dispositif d'enquête par questionnaire,diffusé par l'intermédiaire de la presse communautaire, d'où son nom. L'originalité de l'EPG est sa répétition dans le temps : tous les ans, de 1985 à 1991, puis de manière plus espacée par la suite. Les différentes éditions de l'enquête ont permis de documenter de manière fine l'adaptation des gays et des bisexuels face à l'épidémie de Sida. Elle révèle l'adoption rapide et massive de comportements de prévention, dès les années 1986-1987. L'enquête offre de précieuses données sur les modes de vie homosexuels : la conjugalité, le comingout, les sociabilités ou l'expérience de l'homophobie.

Au cours des années 2000, l'EPG joue un rôle important dans l'analyse des évolutions de la prévention dans la communauté gay [Velter, 2007]. On y décèle en effet les signes d'une utilisation moins systématique du préservatif, mais on y voit aussi se dessiner d'autres formes d'adaptation au risque [Velter, 2013. Dans l'édition de2011, une enquête parallèle a été développée pour les lesbiennes et les bisexuelles. La méthodologie de l'Enquête presse gay et lesbienne s'est également adaptée au développement des sociabilités et des rencontres en ligne, en proposant le questionnaire sur différents sites Internet. Après trenteans d'existence, l'EPG constitue une base de donnéesincontournable pour saisir les évolutions des modes de vie homosexuels en France, dans le contexte du VIH/Sida.

**Une science du risque**

Au cours des années 1980, l'épidémiologie s'affirme comme l'une des disciplines clés dans la compréhension du VIH/Sida. Mais les données collectées sont sujettes à interprétation, car la classification par « modes de transmission » ne permet pas de rendre compte de la diversité interne des groupes concernés. Ainsi, en France, dans un contexte marqué par la montée du Front national, les pouvoirs publics font le choix de ne pas indiquer l'origine géographique des personnes infectées, de crainte de renforcer la stigmatisation des immigré·e·s [Marsicano, 2014]. La réalité de l'épidémie dans les communautés originaires d'Afrique reste donc invisible en France jusqu'à la fin des années 1990.

À travers l'épidémiologie, c'est aussi une certaine conception du risque qui s'élabore. Dans les premières années de l'épidémie, les débats portent sur la qualification des prises de risque : s'agit-il de réduire le nombre de partenaires sexuel·le·s ou de réduire le nombre de pratiques sans préservatif ? Les implications sont à la fois morales et politiques. Aiguillées par les

associations, les autorités sanitaires établissent un consensus autour de la promotion du préservatif comme outil prophylactique. Cette approche permet de contrecarrer les postures moralisatrices de condamnation du multipartenariat – portées notamment par l'Église catholique. Mais elle réduit du même coup la prévention àun enjeu de rationalité individuelledétachée des rapports sociaux.

Au tournant des années 1990, avec la création de l'Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS), de nombreuses recherches en sciences sociales sur le VIH émergent. L'épidémie crée un contexte favorable à l'élaboration de grandes enquêtes populationnelles sur la sexualité. En 1992 et 2006, deux enquêtes sur les comportements sexuels des Français·es permettent de mesurer les habitudes sexuelles et les niveaux d'adaptation au risque VIH selon le genre, la classe sociale et l'orientation sexuelle [Bajos,Bozon, Ferrand, Giami etSpira, 1998 ; Bajos et Bozon, 2008]. D'autres enquêtes ciblent également les jeunes [Lagrange et Lhomond, 1997].

En parallèle des enquêtes socio-comportementales quantitatives, de nombreuses recherches qualitatives sont initiées. Elles visent notamment à affiner la compréhension du vécu de la maladie et les contextes sociaux et culturels de la prévention. Si les enjeux de prévention chez les gayssont très tôt ciblés dans les recherches [Pollak, 1988], les travaux abordent égalementl'expérience de la séropositivité [Pierret, 2006], les lieux de rencontre [Proth, 2002], les questions liées au travail du sexe, aux usages de drogue, à la bisexualité [Deschamps, 2002]ou aux mobilisations associatives [Pinell, 2002 ; Barbot, 2002]. Les financements de recherche sur le VIH jouent alors un rôle structurant pour le développement d'étudessur la sexualité et la représentation des risques, en sociologie, en anthropologie ou en psychosociologie.

À travers les méthodes qualitatives, les chercheurs s'attachent à déconstruire les pratiques et les discours de prévention, pour en resituer les dimensions normatives, à l'échelle individuelle et collective [Mendès-Leite, 2000]. Cependant, les contraintes institutionnelles cantonnent ces modes d'explication aux marges de la conception épidémiologique du risque [Calvez, 2004].

Les travaux français s'inscrivent dans un paysage global contrasté de la recherche sur les comportements sexuels. L'épidémiologie, et à travers elle la mesure des risques et des écarts à la norme préventive, constitue un logiciel commun pour la majorité des travaux. La mondialisation des préoccupations contribue à cettestandardisation des méthodologies. Cependant, dans la plupart des pays anglo-américains – Canada, Australie, Royaume-Uni ou États-Unis – la recherche sur le Sida a permis le développement d'approches critiques [Patton, 1990]. Elles sontcontemporaines de l'émergence de nouvelles formes d'activisme, avec notamment la création d'Act Up-New York en 1987. Ces perspectives intellectuelles et politiques ciblent lesdimensions structurelles du VIH– rapports Nord/Sud, sexisme, homophobie,transphobie ou racisme –,les manquements des pouvoirs publics et critiquent la logique de profit des laboratoires pharmaceutiques. À la différence de ceux des premières associations comme AIDES, les activistesd'Act up-Paris revendiquent une prise de parole au nom d'une condition minoritaire [Broqua, 2006]. Pour autant, malgré les circulations théoriques et militantes transatlantiques, les approches critiques inspirées des études culturelles, des études gaies et lesbiennes ou queer restent marginales dans l'étude du VIH en France.

Les travaux de la sociologue Christelle Hamel constituent une tentative originale – dans le champ du VIH – de discuter des déterminants sociaux de la prévention. À partir d'un terrain de recherche anthropologique sur la sexualité des jeunes issus de l'immigration maghrébine en France, la chercheuse étudie la construction de masculinités et de féminités racialisé·e·s, dans des milieux populaires [Hamel, 2006].Hamel propose notamment une analyse de la virginité comme norme chez les jeunes filles qu'elle a interrogées. Elle montre ainsi que, loin de se résumer à une valeur liée à une « culture d'origine », la virginité doit être analysée au regard des conditions de

vie en France, suggérant donc que les normes de sexualité ne sauraient être analysées indépendamment des rapports sociaux de classe, de race et de genre. De son travail découle une lecture fine des déterminants sociaux du recours au préservatif. Hamel souligne ainsi la façon dont les représentations et les attitudes vis-à-vis de la sexualité et du VIH doivent être resituées dans une configuration donnée de rapports sociaux.

**Vivre avec le risque ?**

À partir de 1996, la mise sur le marché des trithérapies, ces combinaisons de médicaments très efficaces contre le VIH, constitue un tournant majeur dans l'histoire de l'épidémie. Dans lespays du Nord, la baisse de la mortalité est spectaculaire. Pour beaucoup de patient·e·s et leurs proches, qui anticipaient une mort prochaine, c'est l'apprentissage du « vivre avec » la maladie et les traitements. Dans ce contexte, de nouvelles questions émergent dans le domaine de la prévention des risques sexuels.

En effet, dès la moitié des années 1990, les campagnes de communicationcentrées sur la promotion du préservatif atteignent leurs limites.En France, dès 2000, l'Enquête presse gay documente une augmentation des relations anales sans préservatif, une tendance qui se poursuit dans les éditions suivantes (2004 et 2011). La non-utilisation du préservatif ne traduit pas nécessairement une inconscience du risque. Les enquêtes témoignent de la diversité des formes d'appropriation des recommandations de prévention,en fonction des pratiques sexuelles, du statut sérologique des partenaires ou des contextes de relation. Ces évolutions sont au cœur de nombreux débats parmi les acteurs·trices de la lutte contre le Sida. S'il apparaîtindispensablede s'adapter aux nouvelles réalités de l'épidémie, les désaccords sont multiples lorsqu'il s'agit d'ajuster les messages et les actions.

En France, l'émergence à la fin des années 1990 de controverses dans le milieu gayautour du phénomène de *bareback*acependant transformé le débat de santé publique en débat moral sur la prévention [Girard, 2013]. Issu des cultures gaies américaines, le terme*bareback* est utilisé par certains gays pour désigner des pratiques sexuelles intentionnellement non protégées. Le phénomène demeure extrêmement minoritaire, mais suscite l'indignation.À travers le*bareback*, chercheurs·euses et militant·e·s associatifs s'attachent à discuter les évolutions du rapport au risque dans la communauté homosexuelle [Le Talec, 2007].Au plan psychosocial, la quête de plaisir, l'attrait du risque ou la volonté de transgression,fournissent des éléments d'explication de ces évolutions du rapport au risque [Adam, 2005 ; Halperin, 2010]. En France, la virulence des débats associatifs autour du *bareback* paralyse durablement la redéfinition d'une politique de prévention.

Le tournant des années 2000 voit également émerger de nouveaux travaux de sciences sociales sur les immigré·e·s d'Afrique [Fassin, 1999]. Longtemps tabous dans la recherche pour des raisons politiques – la crainte du racisme – et intellectuelles – le rejet du culturalisme –, les enjeux sexuels y occupent désormais une place à part entière [Marsicano, 2014].

Dans les années 2000 une dissociation progressive a lieu, dans les recherches sur la sexualité, entre les préoccupations directement liées au VIH et d'autres enjeux sociaux. Ainsi, les études sur les modes de vie gays et lesbiens s'orientent vers de nouvelles problématiques : la parentalité, la conjugalité, le militantisme pour l'égalité des droits ou l'affirmation de soi. Et si le VIH et la santé sexuelle restent au cœur de la grande enquête CSF de 2006, bien d'autres dimensions y sont explorées : rapports de pouvoir, violence, biographie affective et sexuelle, etc. [Bajos etBozon, 2008]. Le champ d'étude de la santé des minorités sexuelles s'élargit : des

travaux sont menés auprès des femmes lesbiennes ou bisexuelles [Chetcuti*et al.*, 2013], mais aussi auprès des communautés trans' [Giamiet Beaubatie, 2014].

**Une médicalisation de la prévention**

Si l'enjeu de l'accès aux traitements a dominé la période qui a suivi l'introduction des trithérapies, les années 2000 représentent un tournant pour la recherche en prévention du VIH. Car le maintien d'un nombre élevé de nouvelles infections, notamment en Afrique, fragilise les efforts d'accès aux soins. De plus, il apparaît que l'efficacité des traitements, en réduisant la charge virale, réduit en effet très fortement les risques de transmission. Ce dernier constat permet d'imaginer la « fin de l'épidémie » à l'horizon de quelques décennies. La prévention devient dès lors un nouveau terrain de développement pour la recherche biomédicale. De nombreux essais randomisés sont ainsi menés, notamment sur le continent africain, pour évaluer l'efficacité de nouvelles stratégies biomédicales de prévention, comme la circoncision.

Au premier abord, le lien entre la circoncision masculine et la prévention du VIH n'est pas évident. Il s'agit en effet d'une technique ancienne, souvent associée à des pratiques religieuses et sanitaires. Le rôle préventif de la circoncision a pourtant constitué un enjeu de recherche – et de controverses – majeur à l'échelle internationale durant les années 2000.

Les premiers constats d'un possible effet de la circoncision sur la prévention du VIH et des IST (infections sexuellement transmissibles) remonte aux années 1980 [Perrey,Giami, RocheldeCamargo etdeOliveiraMendoça,2012], l'hypothèse étant que cette technique réduit les risques de pénétration du virus au niveau du prépuce. Au cours de la décennie suivante, l'observation des niveaux d'incidence dans différents pays d'Afrique tend à démontrer cet effet protecteur. Mais ces analyses sont accusées de ne pas suffisamment prendre en compte les différences de contextes socioculturels, mais aussi de négliger les implications de la circoncision en termes de santé sexuelle, comme la perte éventuelle de plaisir.

Dans ce contexte d'incertitude, des essais randomisés contrôlés sont menés en Afrique à partir de 2002. Dès 2005, avec la publication des premiers résultats démontrant le rôle préventif de la circoncision pour les hommes (environ 60 % de réduction du risque), des controverses s'engagent autour de la recommandation de cette technique au niveau international. Les opposants à la circoncision, divisés et bénéficiant d'un moindre prestige scientifique, sont marginalisés. Et en 2007, l'OMS et l'Onusida inscrivent la circoncision parmi l'arsenal des outils de prévention du VIHdans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne.La trajectoire de la recommandation de la circoncision illustre bien les tensions scientifiques et politiques qui accompagnent l'avènement d'une prévention fondée sur l'« *evidence-basedmedicine* » (médecine par les preuves). La conduite d'études systématiques (comme les essais randomisés) permet de démontrer l'efficacité des approches biomédicales de réduction du risque.

Dans la seconde moitié des années 2000, la prévention par les antirétroviraux est au cœur des recherches. Son efficacité est étudiée chez les couples « sérodifférents » – dont l'un des partenaires est séropositif –, mais aussi chez des individus séronégatifs « à risque » – on parle alors de prophylaxie préexposition. Si le préservatif continue de représenter l'option recommandée pour la majorité de la population, la biomédicalisation occupe désormais une place centrale dans la prévention [Nguyen,Bajos, Dubois-Arber, O'Malleyet Pirkle,2011]. La médicalisation de la prévention, en réduisant radicalement les risques de transmission, permet d'envisager une banalisation de la maladie.Pour autant, malgré ces nombreux progrès dans le traitement et la prévention, les discriminations envers les personnes vivant avec le VIHpersistent [Marsicano, et al. 2014.

Ce nouveau « régime pharmaceutique » [Williams, Martin et Gabe,2011] fait la part belle aux approches positivistes de la science. Dans les années 1980 et 1990, les sciences sociales ont été appelées à éclairer des réalités complexes, face auxquelles la médecine était souvent démunie. Mais au cours des années 2000, la « médecine par les preuves » s'impose comme le standard dominant de la recherche sur le VIH.Ce paradigme d'administration de la preuve tend à effacer les dimensions sociales et culturelles de la sexualité, pour privilégier une réponse par les traitements, évaluable et rationnelle.

**Conclusion**

Révélateur des inégalités de genre, de race, de sexualité et de classe, le VIH demeure indéniablement une « épidémie politique » [Pinell, 2002]. Rarement dans l'histoire une maladie n'a entraîné de tels bouleversements dans le champ de la sexualité, de la médecine, de la santé publique ou des mobilisations de patient·e·s. Il s'agit de ce fait d'un domaine de recherche clé pour les sciences sociales.

Avec l'épidémie, les recherches sur la sexualité, l'expérience de la maladie ou l'usage de drogues ont acquis une légitimité très importante à l'échelle internationale. Cependant, ces travaux ne sont pas exempts de présupposés théoriques et méthodologiques. La prédominance d'une approche par le risque et les « pratiques à risque » [Calvez, 2004] en est l'illustration. Dès lors, la consubstantialité des rapports sociaux en jeu dans l'expérience du VIH reste encore peu étudiée en contexte francophone.

Pour autant, la vaste étendue des données disponiblesouvre des pistes d'investigations potentiellement fructueuses pour les sciences sociales. Les différentes enquêtes menées depuis le milieu des années 1980 sur les comportements homosexuels offrent par exemple un point de vue inédit sur l'évolution des modes de vie gays [Méthy,Velter, Semaille et Bajos,2015]. Au plan de la santé publique, les recherches conduites sur la prévention du VIH ouvrent des contrepoints théoriques incontournables sur l'analyse du risque [Calvez, 2004]. Enfin, l'étudedes réponses locales à l'épidémie met en lumière les défis géopolitiques de l'accès aux soins dans les contextes postcoloniaux [Nguyen, 2010]. La poursuite – et l'amplification – de ces démarches critiquesest d'autant plus nécessaireau moment où la grille de lecture biomédicaletend à s'imposer comme la réponse unique aux enjeux du VIH.

**Bibliographie**


ADAM B. (2005), « Constructing the neoliberal actor : responsibility and care of the self in the discourse of barebacker », *Culture Health and Sexuality*, vol. 7, n° 4, p. 333-346

BAJOS N. etBOZON M. (dir.) (2008), *Enquête sur la sexualité en France. Pratiques, genre et santé*, Paris, La Découverte.

BAJOS N., BOZON M., FERRAND M., GIAMI A. etSPIRA A. (dir.) (1998), *La Sexualité aux temps du Sida*, Paris, PUF.

BARBOT J. (2002), *Les Malades en mouvement. La médecine et la science à l'épreuve du Sida*, Paris, Balland.

BROQUA C. (2006), *Agir pour ne pas mourir !Act Up, les homosexuels et le Sida*,Paris, Presses de Sciences-Po.

CALVEZ M. (2004), *La Prévention du Sida. Les sciences sociales et la définition du risque*, Rennes, PUR.

CHETCUTI N., BLETZER N., MÉTHY N., LABORDE C., VELTER A., BAJOS N. etLEGROUPECSF (2013), « Preventive care's forgotten women : life course, sexuality, and sexual health among homosexually and bisexually active women in France », *Journal of Sex Research*, vol. 50, n° 6, p. 587-597.

DESCHAMPS C. (2002), *Le Miroir bisexuel*, Paris, Balland.

FASSIND. (1999), « L'indicible et l'impensé : la question immigrée dans les politiques du Sida », *Sciences sociales et santé*, vol. 17, n° 4, p. 5-36.

GAGNON J. (2008), *Les Scripts de la sexualité. Essai sur les origines culturelles du désir*, Paris, Payot.

GIAMI A. etBEAUBATIE E. (2014), « Gender identification and sex reassignment surgery in the trans population : a survey study in France »,*Archiveof Sexual Behaviors*, vol. 43, n° 8, p. 1491-1501.

GIRARD G. (2013), *Les Homosexuels et le risque du Sida. Individu, communauté et prévention*, Rennes,PUR.

HALPERIN D. (2010), *Que veulent les gays ? Essai sur le sexe, le risque et la subjectivité*, Paris, Éditions Amsterdam.

HAMELC. (2006), « La sexualité entre racisme et sexisme. Les descendants de migrant·e·s du Maghreb et la virginité », *Nouvelles questions féministes*, vol. 25, n° 1, p. 41-58.

LAGRANGE H. et LHOMOND B. (dir.) (1997), *L'Entrée dans la sexualité*, Paris, La Découverte.

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

MARSICANO E. (2014), « Sida, sexualité et migration », Laviedesidées.fr.

MARSICANO E., DRAY-SPIRA R., LERT F., AUBRIÈRE C., SPIRE B., HAMELIN C. etLEGROUPEANRS-VESPA2 (2014), « Multiple discriminations experienced by people living with HIV in France : results from the ANRS-Vespa2 Study », *AIDS Care*, n° 26, p. 97-106.

MENDÈS-LEITE R. (2000), *Le sens de l'altérité.Penser les (homo)sexualités*, Paris, ÉditionsL'Harmattan

MÉTHY N., VELTER A., SEMAILLE C. etBAJOS N. (2015), « Sexual behaviours of homosexual and bisexual men in France : a generational approach »,*PLoS One*, vol. 10, n° 3.

NGUYEN V.K. (2010), *The Republic of Therapy.Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*, Durham, Duke University Press.

NGUYEN V.K., BAJOS N., DUBOIS-ARBER F., O'MALLEY J. etPIRKLE C. (2011),« Remedicalising an epidemic : from HIV treatment as prevention to HIV treatment is prevention »,*AIDS*, vol. 25, n° 3, p. 291-293.

PATTON C. (1990), « The AIDS service industry. The construction of victims, volunteers and experts »,*in*PATTON C., *Inventing AIDS*,Londres, Routledge, p. 5-23.

PERREYC., GIAMI A., ROCHELDECAMARGO K. etDEOLIVEIRAMENDOÇA A. (2012), « De la recherche scientifique à la recommandation de santé publique : la circoncision masculine dans le champ de la prévention du VIH », *Sciences sociales et santé*,vol. 30, n° 1, p. 5-38.

PIERRETJ. (2006),*Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès des personnes infectées*, Paris, PUF.

PINELL P. (dir.) (2002), *Une épidémie politique. La lutte contre le Sida en France, 1981-1996*, Paris, PUF.

POLLAK M. (1988), *Les Homosexuels et le Sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Éditions Anne-Marie Métailié.

PROTH B. (2002), *Les lieux de drague, scènes et coulisses d'une sexualité masculine*, Toulouse, Éditions Octarès

SCHILTZ M.A. (2012),« De la contingence à la carrière »,*Genre, Sexualité et Société*, n° 4.

VELTER A. (2007), *Rapport Enquête presse gay 2004*, Saint-Maurice,ANRS – InVS.

– (2013), « Comportements sexuels entre hommes à l'ère de la prévention combinée. Résultats de l'enquête presse gays et lesbiennes 2011 », *BEH*, n° 39-40.

WILLIAMS S., MARTIN P. et GABE J. (2011), « The pharmaceuticalization of society ?Aframe of analysis », *Sociology of Health and Illness*, vol. 33, n° 5, p. 710-725.