



HAL
open science

Pour une prévention attentive aux normes sociales qu'elle véhicule

Gabriel Girard

► **To cite this version:**

Gabriel Girard. Pour une prévention attentive aux normes sociales qu'elle véhicule. Michel Dorais. Prévenir, Presses de l'Université Laval, 2017. hal-01582179

HAL Id: hal-01582179

<https://hal.science/hal-01582179>

Submitted on 5 Sep 2017

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.

Chapitre 2

Pour une prévention attentive aux normes sociales qu'elle véhicule

Gabriel Girard

Difficile, pour moi, de parler de prévention sans penser d'abord au VIH/sida. Dans la lutte contre l'épidémie, la prévention désigne « les activités qui ont pour objet de contrôler la circulation du virus et d'en empêcher la diffusion à la population » (Calvez, 2005). Ces activités sont plurielles, et s'inscrivent tant à l'échelle individuelle que collective : messages d'information sur les risques, promotion de pratiques à moindre risque, ou encore actions de proximité auprès des populations vulnérables.

L'intérêt pour la prévention du VIH/sida constitue un fil conducteur de mon parcours. Je fais partie de la génération « capote ». Né en 1980, j'ai grandi avec cette épidémie en toile de fond, et avec les grandes levées de fonds médiatisées du Sidaction¹. Dans mon parcours scolaire, j'ai été exposé assez tôt aux messages de promotion du condom, avant même d'avoir une vie sexuelle. Dans ce contexte, se découvrir une attirance pour les hommes, puis affirmer son homosexualité à ses proches, prend un sens particulier. Entendons-nous, la sortie du placard demeure une démarche complexe, à la fois libératrice et source de questionnements, pour soi et pour les autres. Mais dans le contexte des années 1990, l'affirmation de soi comme gai ou bisexuel était indissociable du sida. Et pour cause : la communauté homosexuelle a été – et demeure – frappée de plein fouet par l'épidémie. Malgré un entourage très acceptant, j'ai vécu ce cheminement identitaire avec la marque d'une double inquiétude. Pour mes proches, implicitement ou explicitement, la peur que je subisse de l'homophobie et la crainte que je sois infecté par le virus étaient intimement liées. Sur un plan personnel, la prévention du VIH (ses messages, ses outils) a alors été le symbole d'une sexualité assumée et, surtout d'une sexualité responsable.

L'histoire se poursuit sur un plan plus militant. Étudiant en sociologie dans l'ouest de la France, je me suis engagé au sein d'un organisme communautaire de lutte contre le VIH/sida (AIDES). À ce moment de ma vie, il m'apparaissait important de rejoindre les

¹ En France, Sidaction est une collecte de fonds pour la lutte contre le VIH/sida organisée presque tous les ans depuis 1994. Durant plusieurs jours, les médias relaient des informations et des témoignages sur le VIH et incitent le grand public aux dons.

rangs d'un groupe actif sur ce terrain. À AIDES, j'ai été formé à l'intervention en santé communautaire, autour d'une diversité d'activités : mener des actions auprès des publics vulnérables, conduire un entretien d'aide, animer un groupe de parole. Avec mes collègues et amis, j'ai écumé les lieux de drague gais, je suis allé à la rencontre des travailleuses du sexe dans la rue, j'ai donné du temps au programme d'échange de seringues, entre autres mille petites choses. Mon cheminement militant en prévention du VIH m'a enseigné trois grands principes.

- D'abord, militer en faveur de la santé communautaire est un levier politique passionnant, qui prend appui sur les forces des groupes discriminés et opprimés pour changer concrètement leurs conditions de vie.
- Ensuite, il existe un écart entre la « norme » de prévention et la diversité des pratiques. L'objectif d'un intervenant de terrain n'est pas de satisfaire la demande normative de l'État (ou de la médecine) du « risque zéro », mais de soutenir les individus et les communautés concernés dans leurs choix en matière de santé. C'est ce qu'on appelle la réduction des méfaits, ou réduction des risques.
- Enfin, l'intervention communautaire en prévention du VIH m'a convaincu de l'importance de l'action « par et pour » les personnes et les communautés concernées. Loin des approches substitutistes² qui ont (parfois) cours dans les groupes de la gauche radicale dont j'étais issu, il s'agit d'une approche réflexive et engagée, qui implique de reconnaître ses propres émotions pour mieux contribuer à l'action collective.

En tant que (jeune) gai, et sociologue en formation, ces expériences ont profondément influencé la suite de mon cheminement.

La dernière séquence de ce récit autobiographique correspond à mon parcours en tant que chercheur. En sciences sociales, la « construction d'un objet » de recherche marque ce moment où l'on propose une lecture proprement sociologique d'une réalité ou d'un phénomène. Le processus permet de problématiser un enjeu au-delà de sa perception de sens commun. Ce travail m'a pris plusieurs années. En entrant dans le milieu de la recherche, j'étais animé par un désir un peu naïf, celui de comprendre pourquoi certains

² Des approches par lesquelles des experts parlent à la place, ou au nom des personnes concernées.

hommes gais qui avaient des relations sexuelles sans condom étaient montrés du doigt et dénoncés au sein même de la communauté homosexuelle. À l'époque (les années 2004-2005), les controverses autour du *bareback* (phénomène minoritaire de revendication d'une sexualité sans préservatif) faisaient rage en France (Girard, 2013). Mes premières analyses étaient courtes, et très marquées par un parti pris moral de non-jugement découlant directement de mon expérience d'intervention en prévention. Au fil des mois, grâce à des directeurs de recherche exigeants, j'ai affiné ma compréhension du problème, pour en arriver à le formuler ainsi : Au fond, les relations sexuelles sans préservatif ont toujours existé chez les hommes gais, malgré le risque du VIH. Ce qui a changé, au fil du temps, c'est la manière dont ces pratiques ont été étiquetées socialement. On a parlé de relapse (ou de « rechute »), d'optimisme thérapeutique, de relâchement puis de *bareback*. Dans tous les cas, les comportements sexuels des hommes gais et bisexuels ont fait l'objet d'un travail normatif, indissociablement individuel et collectif, dans le but de délimiter de « bonnes » et de « mauvaises » pratiques, de bons et de mauvais sujets. Comprendre ce qu'était mon objet de recherche m'a permis de prendre une distance nécessaire avec ma position personnelle et mes engagements communautaires. Je tenais là, finalement, une problématique sociologique sur la prévention du VIH.

Ce rapide regard dans le rétroviseur démontre assez clairement, je le crois, à quel point la prévention du VIH a constitué une préoccupation constante dans différentes sphères de ma vie. J'en retire quelques enseignements, qui peuvent constituer autant de balises dans un contexte où les messages de prévention se transforment, nous y reviendrons dans la suite de ce chapitre.

- Le premier enseignement concerne sa multidimensionnalité. La prévention du VIH met en jeu tout à la fois des données scientifiques, des normes culturelles et sociales, des affects, des politiques publiques, des actions et des acteurs, des « émetteurs » de discours et des « récepteurs ». En d'autres termes, la prévention n'est pas la simple mesure d'une norme comportementale et d'éventuels écarts par rapport à cette norme. Elle est le révélateur de rapports sociaux complexes.
- Le second enseignement concerne son caractère politique. La prévention met en lumière les manquements aux droits humains, les inégalités sociales et les cas de

discrimination. Elle nécessite l'allocation de moyens nécessaires, et la prise en compte des contextes dans lesquels sont menées les actions et diffusés les messages.

- Enfin, la prévention est une porte d'entrée incomparable pour analyser la sexualité comme un enjeu idéologique. Au nom du risque (et au nom de la santé), on compte, on ordonne, on sensibilise, on punit, mais aussi on transgresse, on prend du plaisir et on jouit. Loin de se limiter aux infections transmises sexuellement, la prévention du VIH/sida nous en dit long sur le rapport de nos sociétés à la sexualité.

L'avènement du concept de « traitement comme prévention » est en train de transformer en profondeur l'horizon de la prévention du VIH. On parle désormais volontiers de « prévention combinée », articulant le préservatif, l'utilisation de traitements antirétroviraux, le recours au dépistage, l'autotest et d'autres pratiques de réduction des risques. Néanmoins, ces innovations biomédicales ou technologiques ne sauraient masquer la permanence de représentations ancrées (et anciennes) du virus, de la maladie et des personnes séropositives, qui conduisent encore à la stigmatisation et aux réactions de rejet.

C'est cette ambivalence que je vais m'attacher à décrire et analyser au fil des prochaines réflexions, en m'appuyant sur différents exemples. En somme, il s'agit de (re)poser ici la prévention comme un objet de débat public.

1. Repenser les publics de la prévention

Les nouveaux développements dans le champ du VIH bouleversent certaines des certitudes sur lesquelles s'appuyaient les discours de prévention. Mais ils compliquent aussi la tâche des personnes et des institutions chargées d'émettre des directives sur le sujet ! La promotion du préservatif masculin avait le mérite de la simplicité du message. À l'heure du « traitement comme prévention », il s'agit de trouver un juste équilibre entre une information claire et des recommandations accessibles à des non-experts.

Illustration 1 : La campagne « Pas de préservatif, pas de sexe » de l'association AIDES (2014)

1.1 Prévenir, c'est prescrire ?

Elle enfile des perles. Ils écosent des petits pois. Elle tricote. Elles et ils sont nu-e-s. Comme le dit le slogan : « Pas de préservatif. Pas de sexe ». Sortie à la fin de l'année 2014, la campagne grand public de l'association AIDES³, a fait couler de l'encre et de la salive... Au vu des réactions à ces messages provocateurs sur les réseaux sociaux, la campagne suscite le questionnement de plusieurs personnes⁴. Quelles sont les principales critiques? Le message a été perçu comme caricatural, car il n'offre le choix qu'entre le condom ou l'abstinence. Le slogan a paru réducteur, notamment par rapport à l'utilisation préventive des traitements. Enfin, d'autres ont souligné son caractère trop injonctif. Quelques rares personnes y ont vu avant tout de l'humour... Autrement dit, le message a fait réagir – ce qui était vraisemblablement son but.

Sans vouloir me faire l'avocat du diable, je suis d'avis que cette campagne est plus intéressante qu'il n'y paraît à première vue. D'abord parce qu'elle pose une affirmation qui ne va pas du tout de soi. Hors du milieu gai et de certaines communautés très concernées par le VIH – comme les travailleuses du sexe, les migrant-e-s et/ou les trans –, l'usage du préservatif reste relativement marginal. Dans la population générale (hétérosexuelle), la capote est utilisée lors des premiers rapports avec un ou une partenaire mais, très souvent, cela s'arrête là. Dès lors, « Pas de préservatif. Pas de sexe » est un slogan provocateur parce qu'il rappelle à large échelle que le préservatif n'a rien d'une évidence partagée. La campagne a aussi le mérite de s'attaquer à une question épineuse : Comment communiquer sur le VIH à l'heure de la prévention « combinée »? Autrement dit, comment évoquer dans le même message la multiplication des options préventives : dépistages, capotes, traitements comme prévention (PrEP, Tasp, etc.), techniques de réduction des risques, etc. Pour les concepteurs de la campagne, si l'on en croit le communiqué de presse, l'objectif était surtout d'attirer l'attention et d'amener le public à consulter un site Web présentant une diversité d'options de prévention. Il n'y a certes pas de recette simple pour communiquer à propos d'une réalité complexe, d'autant plus lorsqu'on s'adresse au grand public, souvent beaucoup moins informé des nouveaux développements dans le domaine des traitements et

³ [<http://www.aides.org/nosex-2789>].

⁴ Précisons tout de suite que mon échantillon n'est pas du tout représentatif, car il est composé de beaucoup de personnes militantes (ou proches) de la lutte contre le VIH/sida!

de la prévention. Mais à bien y regarder, la campagne « Pas de préservatif, pas de sexe » joue avant tout sur un registre agaçant, et pourtant central : Elle émet explicitement une recommandation de prévention. Et c'est sa force : Admettez qu'un point d'interrogation aurait rendu le message moins énervant!

On le sait pourtant : prévenir, c'est prescrire. Même avec les meilleures intentions du monde, un message de prévention du VIH s'appuie sur une conception (implicite ou explicite) de ce que devraient être des relations sociales responsables (sexuelles, amoureuses, etc.) dans un contexte d'épidémie. Autrement dit, la prévention véhicule toujours des normes. Ce qui irrite (et qui semble fonctionner) dans la campagne d'AIDES, c'est que la norme est imposée sans nuance, mettant la logique préventive à nu. Ne serait-ce que pour cela, je trouve le message intéressant.

Prévention = pénétration?

Mais une autre question se dégage de cette campagne, question passée (relativement) inaperçue à l'époque⁵. Ici, comme dans la grande majorité des discours autour de la prévention, « l'éléphant dans la pièce » est que la pénétration (anale et/ou vaginale) semble aller de soi : « Pas de préservatif. Pas de sexe ». Le constat n'est pas nouveau : Les messages de prévention du VIH s'appuient sur une hiérarchie des pratiques « à risque », la pénétration sans préservatif figurant parmi les pratiques les plus risquées. En cela, les recommandations suivent une logique épidémiologique de bon sens apparent. Mais les discours de prévention, ce faisant, n'éclairent qu'une dimension partielle et partielle de la sexualité.

Il s'établit ainsi une distinction sujette à caution entre les pénétrations (anales et vaginales). Par exemple, dans les rapports de recherche ou les articles scientifiques, le fait de mentionner « la pénétration anale » ne sert bien souvent qu'à parler des hommes gais cisgenres. On occulte alors toutes les autres situations où le sexe anal est pratiqué (chez les hétérosexuel-le-s, les lesbiennes, les bisexuel-le-s, etc.). Dans un autre registre, on n'interroge que très rarement les hommes gais sur leur pratique de la pénétration vaginale,

⁵ Je remercie ici mon amie Lydie Porée pour sa vigilance critique.

laissant dans l'ombre les pratiques bisexuelles, mais aussi les réalités vécues par certains gars trans (FtM).

La sexualité pénétrative sans condom est sans aucun doute le mode de transmission du VIH le plus clairement identifié. Quelques heures de sensibilisation sur les ITSS (quel que soit le public) pourront vous en convaincre : c'est rarement à ce sujet que les gens viennent poser des questions. Par contre, la fellation – reconnue par les études comme moins risquée – est un sujet d'inquiétudes (et d'incertitudes) beaucoup plus souvent évoqué !

Enfin, la manière de faire la prévention du VIH reconduit une définition relativement étroite de la sexualité, centrée sur la pénétration. On voit ici à quel point la définition médicale du risque VIH a contribué à modeler les discours de santé publique sur la sexualité... et combien une certaine vision de la sexualité s'impose en retour au monde médical. Tout cela n'était pourtant pas écrit d'avance : Dans les années 1980, la crainte du sida et l'inventivité collective avaient contribué à la promotion des pratiques non pénétratives (massages, masturbation, BDSM, etc.), à l'exemple des *jack-off parties*⁶.

Le pouvoir est-il au bout du phallus?

Plus récemment, le développement de la santé gaie, dans un mouvement plus global de promotion de la santé sexuelle, a permis de concevoir une approche plus inclusive de la diversité des pratiques sexuelles et érotiques. Les avancées biomédicales dans le domaine de la prévention du VIH ont cependant bien vite contribué à refermer cette « fenêtre » de possibilités : Les recherches et les recommandations autour du « traitement comme prévention⁷ » mettent l'accent, d'abord et avant tout, sur la sexualité pénétrative et ses risques associés.

On me répondra que les discours sur le VIH s'adaptent à une réalité « de masse » : Pour beaucoup, la pénétration définit l'idée même de sexualité. Admettons. Mais cette vision

⁶ Les *jack-off parties* ont été inventées dans les années 1980, au plus fort de l'épidémie de VIH/sida. Elles prenaient la forme d'évènements de sexualité collective, dont l'objectif était d'explorer des pratiques homosexuelles à moindre risque, alternatives à la pénétration : massages, masturbation, caresses, etc.

⁷ Autrement dit, le constat que les traitements antirétroviraux ont un puissant effet de prévention de la transmission du VIH.

permet-elle d'envisager la diversité des pratiques de plaisir? Et surtout, permet-elle de prendre en compte la réalité des besoins préventifs? L'orientation « génitale » de la santé sexuelle est rarement discutée. Gageons que la créativité sexuelle s'expérimente plus qu'elle ne se raconte. Mais la prévention du sida, si elle doit se réinventer, ne pourra pas faire l'économie d'un examen critique de ses propres évidences.

L'importance d'un tel travail critique se pose également à travers la question – récurrente – du « ciblage » en prévention, autrement dit : Comment s'adresser, le plus efficacement possible, aux populations ou aux communautés vulnérables?

1.2 Peut-on cibler sans risque?

Au printemps 2014, la Coalition des organismes communautaires québécois de lutte contre le VIH/sida (COCQ-sida)⁸ a lancé une campagne d'incitation au dépistage en direction des minorités noires, hispanophones et caribéennes au sein de la société québécoise⁹. Lancée en pleine campagne électorale provinciale, les messages ont réussi à faire parler d'eux, suscitant plusieurs réactions critiques au sein de ces communautés. La campagne présentait plusieurs photos de visages de personnes noires et hispaniques, hommes et femmes, accompagnées de slogans incitant au dépistage. Le parti pris était ambitieux : lancer des messages ciblés... par le biais d'une campagne de communication « grand public », affichée et radiodiffusée. Mais peut-on cibler sans stigmatiser? C'est un vieux débat de la lutte contre le VIH/sida...

Illustration 2 : La campagne « Se faire dépister » de la COCQ-sida (2014)

Les stratégies politiques de la prévention

Dès les débuts de l'épidémie, il est apparu assez évident que le VIH affectait de manière disproportionnée certains groupes (hommes gais, personnes trans, usagers de drogues, noir-e-s) et/ou certaines régions du monde. Pour les communautés concernées, il a fallu établir un équilibre complexe entre d'une part la nécessité d'une information explicitement

⁸ [<http://www.cocqsida.com/>].

⁹ [<http://www.sefairedepister.ca/>].

ciblée, et d'autre part le risque d'un redoublement des discriminations (racistes, homophobes, etc.), par l'identification de la maladie à des minorités.

Ainsi, dans plusieurs pays développés, une stratégie de « généralisation de la cause » s'est d'abord imposée dans les années 1980, pour limiter les risques de mise à l'index des personnes concernées. En résumé, il s'agissait d'affirmer que le VIH/sida nous concerne tous et toutes, indépendamment du genre, de la couleur de la peau ou de l'orientation sexuelle. Cette approche va de pair avec le refus de la rhétorique des « groupes à risque », au profit d'une approche en termes de « comportements à risque », moins stigmatisante – et plus pragmatique. Dès lors, en France ou au Canada, les pouvoirs publics ont diffusé des messages « grand public » sur le préservatif, et ils ont financé les organismes communautaires afin d'établir une communication de proximité avec les minorités concernées.

Mais ce consensus stratégique a toujours été bancal. En s'attachant à généraliser les enjeux, les campagnes grand public ont involontairement « oublié » les communautés les plus touchées. Dès lors, dans les années 1990, des activistes – à l'image d'ACT UP¹⁰ ou AIDS Action Now!¹¹ – ont mené de vigoureuses batailles contre les agences de santé publique pour faire valoir la nécessité d'une communication publique plus inclusive des minorités. Mais communiquer avec une communauté spécifique n'est pas sans poser problème : difficile en effet de cibler adéquatement des populations circonscrites quoique très hétérogènes. Dans ce cadre, la volonté d'inclure est porteuse de lectures parfois réductrices de l'expérience des gais, des femmes ou des jeunes. Ces discours soulèvent alors des débats au sein même des groupes « ciblés » sur ce qui fait « communauté ». Ainsi, l'équilibre ciblage/stigmatisation demeure problématique dans le cas des risques sanitaires et en particulier du VIH, *a fortiori* quand les discours de prévention s'inscrivent dans des enjeux identitaires et de reconnaissance sociale. Comme si le fait de reconnaître la prévalence élevée du VIH dans certains groupes revenait à l'inscrire comme une fatalité.

¹⁰ Créée en 1987 à New York, ACT UP (AIDS Coalition To Unleash Power) est une organisation activiste de défense des droits des personnes séropositives. Le groupe essaimera à travers le monde (notamment à Paris et à Montréal). ACT UP se fait connaître par ses actions radicales et spectaculaires. Ses militants contribuent à médiatiser et politiser la lutte contre le sida (Broqua, 2006).

¹¹ AIDS Action Now! est une organisation sœur d'ACT UP, créée en 1987 à Toronto, au Canada. Le groupe est toujours actif (McCaskell, 2016).

« Se faire dépister »

Après ces longs détours, revenons à la campagne « Se faire dépister » de la COCQ-sida. Pour les associations issues des communautés concernées – en particulier haïtiennes –, cette campagne grand public a été avant tout vécue comme une mise à l'index (potentielle) en tant que « groupe à risque ». Dans une société québécoise traversée par des débats « identitaires » portant sur la place des minorités culturelles, l'inquiétude de ces dernières est légitime. Plusieurs organismes, comme la Maison d'Haïti, avançaient qu'une campagne s'adressant à la population en général aurait été plus judicieuse. C'est ici moins l'utilité d'une telle campagne qui est questionnée, que son opportunité, et sa diffusion à large échelle. D'autant plus que l'association stigmatisante des Haïtiens au VIH/sida, très présente au début de l'épidémie, est encore douloureusement vécue dans cette communauté au Québec.

Pour la COCQ-sida, la défense de cette campagne s'appuie avant tout sur la réalité épidémiologique. Au Canada, les minorités noires, caribéennes et hispanophones sont fortement touchées par le VIH; l'ignorance du statut sérologique constitue un enjeu majeur. Finalement, on peut dire que ces différents discours sont ancrés dans des rationalités qui ne se rencontrent pas. Pour les uns, le ciblage est vécu comme une nouvelle manière de jeter l'opprobre sur un groupe social déjà historiquement éprouvé par l'épidémie. Pour les autres, la réalité épidémique impose d'agir en visant des groupes spécifiques. Rationalité historique et rationalité épidémiologique s'ajustent parfois, mais ici elles s'affrontent, rendant le dialogue difficile.

Les limites du « ciblage »

Les discussions autour de la campagne de la COCQ-sida pourraient être prétexte à une réflexion plus générale sur l'élaboration des campagnes de promotion de la santé. Ce serait l'occasion par exemple de souligner l'impossible neutralité des discours de prévention du VIH, qui sont inévitablement chargés de valeurs et d'affects, historiquement et socialement construits. L'occasion aussi de réfléchir aux enjeux et aux limites du ciblage dans le contexte du VIH/sida. Car comme l'ont bien montré Viviane Namaste et ses collègues, les politiques de prévention s'appuient sur un certain nombre de postulats implicites (Namaste et al., 2012). L'approche populationnelle ou communautaire en fait partie : On met en œuvre des

campagnes « en silo » pour les gais, pour les noir-e-s, pour les femmes, etc. Mais cette vision de la prévention conduit à laisser dans l'ombre de nombreuses réalités. Qu'en est-il en effet des personnes « inclassables » : les bisexuel-le-s, les personnes trans ou, par exemple, les gais noirs et usagers de drogues? Et comment prendre en compte l'hétérogénéité sociale et culturelle des communautés désignées, en termes de classe sociale, d'âge, de genre ou de niveau d'éducation?

Sans prétendre régler ces questions fondamentales d'un coup de baguette magique, admettons toutefois que les campagnes de prévention du VIH doivent continuer de faire l'objet d'un débat critique, ouvert et démocratique. Ce, pour la simple raison que la définition des normes de santé implique nécessairement des conceptions (parfois divergentes) de la société et des relations sociales.

Je vous propose à présent de poursuivre cette exploration critique des cibles et des publics de la prévention du VIH en nous intéressant aux jeunes, catégorie d'intérêt par excellence pour la santé publique.

1.3 Les jeunes gais et la prévention du VIH : Y a-t-il un problème?

« Les jeunes gais et bisexuels prennent des risques ». Pour être sans doute aussi ancienne que l'épidémie de VIH, cette affirmation paraît cependant toujours décrire une réalité nouvelle. Pas étonnant, puisque les « jeunes » sont par essence un groupe qui se renouvelle sans cesse. Toutefois, au-delà d'une réalité générationnelle (être jeune, ne plus l'être) et épidémiologique, la désignation des jeunes comme groupe vulnérable n'en finit pas de poser problème.

Le retour d'un discours sur les jeunes

Régulièrement, la place particulière des jeunes dans l'épidémie suscite l'inquiétude jusque dans la presse généraliste (Loisel, 2014). Au centre des débats, nous retrouvons depuis quelques années une source de préoccupation légitime : l'augmentation des nouvelles infections, confirmée par les données épidémiologiques de différents pays. Mais la parole des premiers concernés reste, bien souvent, peu audible.

Pour la santé publique, la jeunesse constitue un groupe cible. Pourquoi? En premier lieu parce que l'adolescence et l'entrée dans l'âge adulte sont considérées comme des moments clés de l'appropriation individuelle des normes de santé. Mais, aussi, parce que cette période condense une multitude de représentations, souvent fondées, autour de la découverte et de l'affirmation de soi et de la prise de risque. En découlent des discours divers et parfois contradictoires : D'un côté, les jeunes sont perçus comme un groupe plus vulnérable que les autres ; ils sont plus influençables, moins mûrs, plus fragiles psychologiquement, etc. De l'autre, la jeunesse est vue comme l'âge de la rébellion, de l'insouciance, du refus de l'autorité ou du sentiment d'invincibilité.

Ce qui peut surprendre, c'est la facilité avec laquelle ces deux discours opposés cohabitent! Se croisent en effet l'idée que les jeunes, notamment les jeunes gais, sont peu conscients du risque, voire indifférents au danger... et l'idée d'une vulnérabilité intrinsèque. Et si on abordait le problème d'une autre manière? Si on se demandait pourquoi « les jeunes » sont si régulièrement la cible privilégiée de ces discours mi-victimisants, mi-culpabilisants, autour de la prévention du VIH?

Pour une critique des catégories du risque

Pour mieux saisir ce que ces discours sur les jeunes veulent dire, on ne peut pas faire l'économie d'une critique des catégories du risque. Historiquement, on l'a vu, la prévention du sida s'est construite au croisement des mobilisations militantes et de l'épidémiologie. Cependant, pour comprendre l'épidémie, il fallait déterminer à qui s'adresser. À travers des « comportements », on a aussi, implicitement, désigné des groupes sociaux : Les rapports sexuels entre hommes (par extension, les gais), l'usage de drogue (les toxicomanes), etc. Les jeunes constituent une catégorie transversale à ces différents comportements, comme les autres classes d'âge. Mais, surtout, ils relèvent d'une catégorisation d'évidence : Si parler de « groupe à risque » pour les homosexuels reste politiquement sensible, faire de même à propos des jeunes est au contraire associé à un souci légitime de santé publique.

Pourtant, cette catégorie pose elle aussi problème : elle présente comme homogènes des populations très diverses. Les études épidémiologiques récentes le soulignent : Ce sont avant tout les jeunes Noirs les plus pauvres qui sont touchés par la hausse des contaminations aux États-Unis. Ce qui oblige à nuancer le constat : Plus que le seul fait

d'être jeune, c'est le cumul de cette caractéristique, de l'appartenance à une minorité raciale et d'une situation socio-économique qui est en jeu pour la prévention. De manière plus générale, tous les gais ne sont pas concernés de la même manière par le VIH : en fonction du moment de la vie, du réseau sexuel, de la race, du lieu de résidence ou de la catégorie socioprofessionnelle, les risques varient.

On m'objectera que ce type de classification (« jeunes », « gais ») est un mal nécessaire, un détour théorique et pratique qui permet de mettre en œuvre des actions plus adaptées. Certes. Alors, tirons des bilans critiques de 30 ans de prévention ciblée vers les jeunes : Qu'est-ce qui a marché? Qu'est-ce qui a échoué? Comment se renouveler? Par ailleurs, considérer les jeunes comme un groupe à risque « en soi » pourrait brouiller notre compréhension de leurs vécus. La parole des jeunes est trop souvent peu audible dans les débats sur la prévention. Ou alors, elle se réduit à des propos convenus (exprimant l'insouciance et/ou l'ignorance), propos qui ne font que renforcer les arguments en présence. Finalement, la plupart des discours sur « les jeunes » et le VIH nous en apprennent davantage sur ceux qui les énoncent (sur leur représentation du VIH, du monde gai, des rapports entre générations) que sur ceux-là qu'ils sont censés décrire.

Ouvrir les possibles

Tenter de se poser la question autrement nécessite de prêter attention à ce que les plus jeunes, dans leur diversité, disent de leur vie sexuelle avec le risque ou avec le VIH. Ces prises de parole existent, même si elles ne passent pas nécessairement par les canaux associatifs classiques. Dès les années 1990, François Delor – sociologue et psychanalyste belge – mettait en garde contre le danger de figer les jeunes gais dans une figure de la fragilité intrinsèque (Delor, 1997). Il insistait au contraire sur le caractère relationnel de la vulnérabilité dans la prévention du VIH. Dans les rapports intergénérationnels ou au sein d'une même classe d'âge, les réflexions de Delor nous invitent aussi à penser la prévention à travers les relations de pouvoir entre gais. Dans cette perspective, la vulnérabilité n'est pas l'apanage des jeunes, elle se coconstruit. Mais surtout, elle est multiforme et évolutive : se sentir beau, désirable, accepter son corps, ou encore être autonome financièrement... Autant d'éléments qui devraient nous inciter à prendre un recul critique sur la catégorisation « jeune », et sur les autres catégories d'âge. Une telle prise de distance

critique n'aurait pas qu'une vertu sociologique, elle contribuerait également à ouvrir des possibles en termes d'expressions de soi, dans le milieu gai, sur Internet ou ailleurs. Elle permettrait ainsi aux plus jeunes de prendre la parole hors des catégories (vulnérabilité/insouciance) déjà prêtes et imposées par le regard « adulte ».

2. Repenser le risque

2.1 Ce que « se protéger » veut dire

En janvier 2008, un groupe de médecins suisses publie un court article qui provoque un tremblement de terre dans le monde scientifique et associatif du VIH (Vernazza et al., 2008). Sur la base de données d'observation, échelonnées sur plusieurs années, ils y affirment qu'avec une charge virale indétectable¹², une personne séropositive sous traitement ne peut pas transmettre le VIH à son/sa partenaire en cas de rapports sexuels sans préservatif. Leur constat s'accompagne de plusieurs restrictions : Il s'agit de prendre le traitement antirétroviral adéquatement, de ne pas avoir d'autres ITS, il faut aussi que la mesure de la charge virale demeure stable à au moins 6 mois d'intervalle. Enfin, les données sont issues de suivis auprès de couples hétérosexuels sérodifférents, elles ne sont donc pas, *a priori*, extrapolables à d'autres situations. Cette annonce cause un fort émoi chez les autorités de santé, mais également dans le monde de la recherche et le milieu communautaire. Elle soulève des interrogations multiples, somme toute assez classiques dans le domaine de la prévention : Une telle diffusion, mal interprétée par le grand public, ne va-t-elle pas entraîner une recrudescence des prises de risque? Les personnes séropositives ne vont-elles pas céder à une nouvelle forme « d'optimisme », délaissant alors l'utilisation du préservatif? Assurément, une telle information est venue ébranler l'ordre préventif. Après plusieurs décennies de promotion active du préservatif, voilà qu'une nouvelle option prophylactique permettrait de s'en passer. Du côté des personnes concernées – les personnes séropositives et leurs partenaires –, l'annonce a suscité un

¹² La charge virale désigne la quantité de VIH circulant dans l'organisme. Elle est considérée comme indétectable lorsque les mesures de charge virale ne trouvent pas de trace du virus. Cela ne signifie pas que la personne concernée n'est plus porteuse du VIH, mais que, grâce aux traitements, le virus est maintenu à un niveau de très faible activité.

mélange de soulagement, d'inquiétude et de doute aussi bien. Les soignants quant à eux ont dû apprendre à intégrer cette nouvelle dimension dans leur suivi médical. 10 ans plus tard, de nouvelles données scientifiques sont venues confirmer le constat des médecins suisses. Mieux encore, les recherches ont démontré l'efficacité du « traitement comme prévention » à grande échelle, et ce, quel que soit le genre des partenaires.

Les nouvelles significations de la prévention

Cette efficacité préventive des antirétroviraux a eu des conséquences multiples sur la manière dont la prévention du VIH est envisagée aujourd'hui. Le repositionnement des autorités de santé publique sur le sujet en est une preuve. Aux États-Unis, les *Centers for Disease Control* (CDC) ont ainsi décidé, début 2014, de changer leur classification des situations à risque pour le VIH. Dans les publications officielles, on parlera désormais de sexe « sans préservatif », et non plus seulement de sexe « non protégé ». Cette avancée terminologique et idéologique rend compte des données scientifiques et de l'évolution du contexte de la prévention. Et la nuance est de taille : Elle signale qu'une relation sans condom ne correspond pas nécessairement à une prise de risque. Avec le traitement comme prévention, on sait par exemple qu'il est plus sûr d'avoir une relation sexuelle sans préservatif avec une personne séropositive traitée, et dont la charge virale est indétectable, qu'avec une personne qui se déclare séronégative sans toutefois en être certaine. Il y a quelques années, une telle affirmation aurait semblé totalement iconoclaste!

À l'avenir, l'idée de protection face au VIH pourrait donc prendre de nouvelles significations avec, et au-delà du préservatif. Il reste que nous aurons – comme citoyens, mais aussi comme intervenant-e-s, chercheur-e-s, militant-e-s, professionnel-le-s de la santé, etc. – à composer avec la coexistence de plusieurs visions de ce que « se protéger » veut dire. On sait que le préservatif, au cours des 30 dernières années, a été utilisé conjointement avec de multiples autres modes de réduction ou de gestion du risque, plus ou moins efficaces sur la durée. On pourrait citer par exemple la sélection des partenaires, le retrait avant éjaculation, le fait de préférer la fellation à la pénétration anale, le positionnement « stratégique » (actif/passif)... Ces techniques profanes font partie intégrante des cultures sexuelles et préventives dans le milieu gai. Se protéger, dans ce contexte, c'est rechercher

un équilibre acceptable entre le sentiment de sécurité face au risque VIH et la qualité de vie sexuelle.

La confiance comme clé de lecture

Cependant, l'idée de protection met également en jeu une dimension des relations humaines dont on ne peut faire l'économie : la confiance. Cette dimension me semble trop souvent évacuée des discussions actuelles sur la prévention du VIH. La confiance ne se résume pas à ce qui se joue dans l'intimité avec son ou ses partenaires... La confiance est une question transversale à la prévention : Quelles sont les preuves de confiance nécessaires/suffisantes pour décider d'utiliser (ou non) le préservatif? Qu'est-ce qu'une relation de confiance avec un médecin? Quelle confiance accorde-t-on aux données sur la charge virale indétectable de son partenaire? Peut-on faire confiance à l'industrie pharmaceutique lorsqu'elle s'intéresse de si près à la prévention dans un but mercantile? D'arbitrages du quotidien en visions du monde, les degrés de confiance tracent les lignes de la perception différentielle du risque.

Mieux comprendre ce que « se protéger » veut dire implique alors d'accepter d'entendre la diversité – et la variabilité – des conceptions de la confiance (et de la défiance) en matière de prévention du VIH et des ITS. Suspendre le jugement normatif n'empêche d'ailleurs pas de travailler parallèlement à créer les conditions pour des espaces de confiance partagée, individuellement et collectivement. Car ce qui est en cause n'est pas le fait de faire confiance, mais bien notre capacité à (re)définir positivement le niveau de confiance nécessaire pour être et agir ensemble. L'exigence vaut pour les relations sexuelles, amoureuses ou amicales, pour le sentiment d'appartenance à une ou des communautés... et pour l'engagement militant!

Ironiquement, la notion de protection se transforme dans le champ du VIH au moment même où des courants politiques réactionnaires et homophobes lancent l'offensive, que ce soit en France avec la « Manif pour tous », en Russie et aux États-Unis dans les plus hautes sphères du pouvoir. Des chercheur-e-s en sciences sociales ont depuis longtemps démontré les effets délétères de l'homophobie sociétale et de la stigmatisation de la sexualité entre hommes sur les comportements de prévention. Dans un autre registre, au Canada, la criminalisation de la non-divulgence de son statut sérologique à ses partenaires sexuels fait

peser un fardeau excessif sur les séropositifs. Il est indispensable de prendre en compte ces contextes pour envisager la prévention du VIH/sida. Dans ces différents cas, se protéger revient avant tout, pour un certain nombre d'entre nous, à trouver des stratégies pour faire face au jugement moral, à la haine... ou à la criminalisation de leurs pratiques sexuelles.

2.2 Un printemps de la prévention

Si la notion de charge virale indétectable a changé la donne en ce qui concerne la prévention du VIH, la prophylaxie préexposition au VIH (la PrEP) est indéniablement en passe de transformer la vie sexuelle de nombreuses personnes, notamment dans la communauté gaie. La PrEP orale consiste à prendre un traitement antirétroviral avant et après une exposition au VIH, pour réduire les risques d'acquisition du virus en l'absence de préservatif. Il s'agit donc d'un médicament destiné à des personnes séronégatives « à risque ». Précisons que la PrEP est une technologie de prévention, pas une fin en soi ni un remède miracle. Mais sa popularité depuis quelques années pourrait (ré)ouvrir un espace d'élaboration politique et de mobilisation collective.

Une forme de lassitude

J'ai compris le potentiel transformateur de la PrEP quand le sujet a commencé à être abordé lors de conversations amicales. D'habitude, lorsque je parle de mes recherches universitaires avec des amis gais, on se contente de m'écouter poliment. Il faut dire que la sociologie de la prévention du VIH/sida n'est pas forcément un sujet très *sexy*. On peut le comprendre : Cela fait trois décennies que les hommes gais/bisexuels sont ciblés par des campagnes de prévention, parfois jusqu'à la saturation. « Oui, on sait qu'il faut mettre une capote, merci! », soupirent certains...

En général, lorsque des amis gais séronégatifs montrent un intérêt pour la question, la discussion tourne rapidement autour d'un sujet principal : « les jeunes ». Considérés comme « plus insouciants », « moins informés », « moins conscients du risque », les jeunes, comme nous l'avons vu précédemment, cristallisent les inquiétudes. Une telle préoccupation est légitime, mais se focaliser sur ce groupe d'âge permet aussi souvent... d'éviter de parler de soi. Jusqu'ici, dans bien des cas, les questions de prévention n'étaient abordées entre nous

que dans des contextes de « crise » tels qu'une prise de risque, l'angoisse qui l'accompagne, le besoin d'informations, de conseils et/ou d'accompagnement vers le traitement d'urgence. Point final. Et puis, les choses ont (en partie) changé.

Une parole libérée sur la prévention?

Il m'est difficile de situer avec précision dans le temps l'apparition de ce ressenti. Mais en y réfléchissant bien, je dirais que c'est au cours de l'hiver 2016. Un jour de février, des amis m'ont invité à boire un café pour me présenter l'un de leurs proches qui se demandait s'il devait commencer à prendre la PrEP. L'objectif avoué était de lui permettre de me poser toutes les questions qui le turlupinaient. Le dialogue s'est rapidement changé en une discussion collective entre gais dans la trentaine sur les risques, la recherche biomédicale et la sexualité. La décision prise à issue de cette rencontre par l'intéressé importe assez peu : L'important, c'est que nous ayons discuté pendant près d'une heure de santé sexuelle.

Il y a bien longtemps que cela ne m'était pas arrivé dans un contexte amical, sans doute depuis que je ne suis plus engagé dans des actions de terrain à AIDES, autrement dit quelques années déjà... J'avais participé entre-temps à différents groupes de discussion avec des gars gais/bis, cis et trans, mais la prévention y était vraiment secondaire. Cette discussion entre amis s'est révélée n'être que la première d'une série qui continue depuis. Autour d'un verre, d'un café ou d'un pique-nique, les personnes que je fréquente évoquent spontanément leurs pratiques de prévention, leur sexualité et bien souvent, aussi, leurs prises de risque. Pas celles des autres, non, mais les leurs.

La PrEP joue évidemment un rôle clé dans ce changement de perspective. Elle fournit en effet un point de départ idéal aux discussions. Qu'on la prenne depuis deux semaines ou depuis deux ans, qu'on soit intéressé ou réticent, les questions sont nombreuses : Selon quel schéma? Avec quels partenaires? Que disent les médecins? Faut-il dévoiler (ou pas) le fait d'être « prepeur »? Quels en sont les effets indésirables? *Quid* des ITSS? Des relations sérodifférentes? Et le plaisir sexuel dans tout ça? (Liste non exhaustive.)

L'ouverture de la parole sur la PrEP dans mon entourage n'est pas liée au hasard. À Montréal, le nombre d'utilisateurs (majoritairement trentenaires, blancs et cisgenres, reconnaissons-le) a franchi un seuil qui rend ces conversations beaucoup plus probables. Et

ma position de « spécialiste » sur ces sujets crée également un contexte favorable à la discussion.

Éloge des incertitudes

Ce qui me frappe le plus dans ces différents moments, c'est la qualité d'écoute des uns et des autres : ni jugement intempestif, ni fanfaronnade, ni posture d'expert. Juste de l'intérêt pour l'expérience des autres. Cette atmosphère respectueuse est évidemment un privilège. Sur les réseaux sociaux, mais aussi dans la « vraie vie », l'évocation de la PrEP est fortement teintée par les accusations moralistes, les prises de position braquées et les invectives.

Mais la PrEP ouvre également un nouvel espace de dialogue sur la sexualité et la prévention. Elle autorise une parole sur les risques : le fait d'en prendre, de chercher à les réduire et de vouloir se protéger du VIH. En cela, la PrEP fait de la prévention un objet d'incertitudes et de doutes propice à la parole subjective. On sort alors d'un « tout ou rien » préservatif/*barebacking* pour entrer dans la complexité des pratiques, des représentations et des ajustements préventifs.

De ce fait, la prophylaxie préexposition n'est pas réductible à sa dimension strictement pharmaceutique. Cet outil de prévention crée les conditions pour de nouvelles formes d'autosupport et de soutien communautaire. Elle fait de nous – les personnes informées/sensibilisées au sujet – de nouveau *buddies* de la prévention, à l'image des volontaires qui ont incarné la mobilisation sida des années 1980 et 1990.

Le printemps de la santé sexuelle

La frontière est bien sûr étroite entre l'institutionnalisation d'une nouvelle *doxa* préventive (« hors de la PrEP point de salut ») et la normalisation d'un contrôle médical sur la sexualité des gais/bisexuels concernés. Mais cette voie fragile et incertaine est riche de potentialités pour développer des solidarités au-delà des statuts sérologiques, et pour envisager avec bienveillance la diversité des moyens de prévention à notre disposition. Elle est l'occasion, aussi, de revendiquer le droit à la santé sexuelle et de faire valoir l'importance d'un accompagnement *LGBT-friendly*. Il faut le répéter, la PrEP est un outil, pas une fin en soi. Elle ne résoudra pas tous les problèmes par magie, c'est une certitude. Mais ce printemps de la prévention ouvre un espace d'élaboration politique et de mobilisation collective.

Conclusion : (Re)penser la prévention du VIH/sida

Au terme de ces réflexions sur la prévention du VIH/sida, et plus largement sur les enjeux contemporains de la santé sexuelle, il m'apparaît utile de tracer quelques pistes de réflexion pour l'avenir.

La première concerne nos manières d'envisager la prévention elle-même. Ces dernières années, avec les avancées biomédicales dans le domaine, la prévention dite « comportementale » a moins la cote. Chercheurs et acteurs de prévention (mais pas tous, loin de là) estiment souvent que les options médicamenteuses offrent des voies plus prometteuses que l'entreprise laborieuse de « changer les comportements ». L'opposition de ces deux modèles relève en réalité d'une lecture très partielle et partielle des enjeux. D'une part, il n'y a pas eu d'échec de la prévention comportementale, mais nous avons vu les limites de la promotion du préservatif comme outil. Ces limites ont été constatées depuis des décennies : Les notions de *relapse*, de défaillance ou de « relâchement » préventif ont, dès les années 1990, servi à décrire ces constats. Malgré tout, la prévention classique a permis de contenir l'épidémie dans les populations les plus vulnérables. Aux détracteurs de cette approche, il faut toujours demander : Que serait la situation épidémique si les gais n'avaient pas massivement adopté le condom ?

D'autre part, la prévention biomédicale est elle aussi d'abord une stratégie comportementale : La prise d'un médicament est une activité on ne peut plus sociale et culturelle, comme le démontrent les multiples travaux sur le sujet ! Dans ce contexte, plutôt que d'opposer deux approches, on gagnerait à s'intéresser aux déterminants sociaux de l'observance des traitements, par exemple. Qu'il s'agisse de la charge virale indétectable ou de la PrEP, les deux stratégies impliquent une prise régulière du traitement. Or, pour de multiples raisons, cette régularité peut représenter un défi pour les individus concernés. J'espère avoir réussi à démontrer, au fil de ce texte, que la prévention comportementale et la prévention biomédicale sont imbriquées, et non pas parallèles.

La seconde piste de réflexion concerne notre manière de penser la prévention. Quand on parle de prévention et de santé sexuelle dans des communautés concernées par le VIH, plusieurs termes viennent spontanément en tête : « Risque, prise de risque » ;

« vulnérabilité »; « infection, maladie »; « transmission sexuelle »; « insouciance, sexualité débridée/incontrôlable »; « consommation de drogue, d'alcool »; « violence », etc. J'ai pourtant la conviction que si l'on doit envisager ces réalités difficiles, il est aussi important de les situer dans des contextes où le plaisir, l'émancipation et l'épanouissement ont leur place. Autrement dit, on devrait pouvoir parler de santé sexuelle sans la réduire au(x) risque(s).

Il y a plusieurs façons d'envisager ces réalités. La première approche est moraliste : Elle consiste à expliquer que les problèmes de santé des LGBT sont essentiellement liés à leur mode de vie. C'est une approche culpabilisante, qui impute la responsabilité de leur état aux individus, à leurs pratiques, à leur consommation, etc. Elle est malheureusement encore trop présente dans les propos communs sur la santé. La seconde approche relève de la santé publique, et met l'accent sur les facteurs de risque et les déterminants sociaux de la santé : environnement social, pratiques à risque, etc. C'est cette manière de penser qui nourrit les discours actuels de prévention. Dans cette approche, on priorise les changements de comportements des individus et des communautés. Enfin, une troisième approche se veut plus politique : Elle insiste sur les dimensions structurelles des situations et des enjeux de santé vécus par les communautés LGBT. C'est une approche qui s'intéresse aux conditions sociales et politiques de la santé (les inégalités sociales, la précarité, le sexisme, l'hétérosexisme, la transphobie, le racisme), mais aussi, le contexte légal (la criminalisation du VIH, du travail du sexe et/ou des modes de vie LGBT+), l'accès à la prévention et aux soins. Dans cette dernière approche, la santé est vue comme l'un des domaines clés où s'exercent des oppressions multiformes. Sans surprise, ce sont ces deux dernières approches — qui se différencient sans s'opposer fondamentalement — qui inspirent ma pratique de chercheur et d'intervenant. Elles permettent de penser les « échecs » préventifs dans leur complexité, sans les rabattre sur la responsabilité seule des individus. Je terminerai ce texte en vous proposant cette citation de François Delor, un chercheur belge sociologue et psychanalyste, disparu en 2002, et dont le travail continue de m'inspirer : « *Les messages préventifs généraux et très normatifs peuvent être des inhibiteurs puissants de toute parole au sujet des échecs, que ceux-ci concernent les acteurs de prévention ou leurs 'cibles'. Dans la mesure où tout le monde s'accorde autour d'un savoir certain au sujet*

de 'ce qu'il faut', plus personne n'a vraiment de place pour se risquer à faire, et surtout à dire, 'ce qu'il fait'. » (Delor, 1997, p. 329).

Bibliographie

Broqua, Christophe (2006), *Agir pour ne pas mourir. Act Up, les homosexuels et le sida*, Paris, Presses de Science Po.

Calvez, Marcel (2005), « Les modèles culturels dans la prévention du sida », in Bouquet B. (Dir.), *La prévention : concept, politiques, pratiques en débat*, Paris, L'Harmattan, p. 33-44.

Delor, François (1997), *Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du sida*, Paris, L'Harmattan.

Girard, Gabriel (2013), *Les homosexuels et le risque du sida. Individu, communauté et prévention*, Presses Universitaires de Rennes.

Loisel, Mélanie (2014), « Les cas de VIH se multiplient chez les jeunes gais », *Le Devoir*, 2 septembre.

McCaskell, Tim (2016), *Queer Progress. From homophobia to homonationalism*, Toronto, Between the Line.

Namaste, Viviane *et al.* (2012), *HIV prevention and bisexual realities*, University of Toronto Press.

Vernazza, Pietro *et al.* (2008), « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle », *Bulletin des médecins suisses*, 89: 5, p. 165-169