

Leserbriefe/Correspondence

Prévention du sida chez les homosexuels

Depuis cinq ans, les soussignés, (l'un comme intervenant sur le terrain, l'autre comme responsable du projet), sont engagés dans une action à visée préventive auprès des homosexuels lausannois. Nous rendons compte, ci-après, de cette intervention et des transformations qu'elle a subies dans le temps.

L'activisme préventif

L'histoire du travail préventif VIH/sida de Point Fixe remonte à 1985 quand plusieurs séances d'information, avec la participation de médecins du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV), sont organisées pour les homosexuels de la région. Elles réunissent, chaque fois, quelques dizaines de personnes. Face au peu de renouvellement des participants, se pose la question de l'élargissement aux homosexuels que ces rencontres, qui leur sont ouvertement et spécifiquement destinées, peuvent rebuter. Un financement du Service de la santé publique est obtenu pour la constitution d'un groupe d'intervenants, issus du milieu homosexuel, afin de mener un travail d'information au sein même de cette population et directement sur ses lieux de rencontre et de socialisation. En 1987, un de ces intervenants, figure connue du milieu, est engagé à temps partiel (20%). Son intervention, soutenue par plusieurs volontaires, s'inscrit dans la ligne de la campagne Stop Sida: susciter un éveil à la question sida et à sa prévention par une «politique d'ameutement» et d'intervention très active, par des discussions provoquées, par des distributions de brochures et de préservatifs dans tous les lieux fréquentés par des homosexuels. Le sida devient une cause, avec ses militants, ses appels à la mobilisation. L'acceptation de ces interventions par le public ciblé est bonne au début, mais de manière imperceptible cependant, le climat va évoluer. Plusieurs projets (dont la proposition du port d'une épingle de sûreté pour signifier que la personne pratique le safer sex, et celle de l'éditeur d'une revue de petites annonces de rencontres d'offrir gracieusement la mention «SSR») ne rencontrent pas l'accueil escompté. On constate aussi un désintérêt croissant devant la présence des intervenants; leurs activités suscitent même des remarques qui, sans être franchement hostiles, témoignent que les intervenants embarrassent. Ils sont devenus des personnes à éviter.

Dans le cadre de l'analyse continue du projet (au travers des séances de supervision qui réunissent les intervenants et un consultant extérieur) se dé-

veloppe la notion de *résistance à l'intervention préventive*, qui rend compte de l'ambivalence du public cible à l'égard de ceux (institutions ou individus) qui se donnent pour mission de le prévenir du danger; leur médiation semble à la fois bien accueillie et en même temps ressentie comme une intrusion.

L'équipe d'origine ressent très mal cette évolution et une telle problématisation de son travail; la plupart de ses participants vont progressivement abandonner leur collaboration, ne pouvant sans doute par faire le deuil des bénéfiques associés à leur position de «prêcheurs sanitaires» (telle est du moins l'hypothèse que nous avançons a posteriori).

Ses limites et ses effets pervers

Appréciation de la situation en novembre 1989 (à l'entrée en fonction du nouveau collaborateur permanent). Tous les homosexuels s'exprimant sur la question témoignent de connaissances et d'une «culture sida» appropriées. L'utilisation du préservatif est presque toujours revendiquée; l'observation directe révèle une discordance certaine entre les conduites effectives et ce qu'il en est dit communément: l'utilisation du préservatif apparaît moins systématique et moins générale que proclamée.

Les personnes séropositives cachent leur état dans le milieu homosexuel; ici aussi il y a une discordance entre le discours solidaire qui a envahi le champ social (notamment homosexuel) et la perception que les personnes concernées ont de la réalité de cette solidarité. Les décès, suite à un sida, de plusieurs figures connues du milieu ne sont jamais évoqués. Cette disparition du champ social des personnes décédées témoigne, selon nous, de l'incapacité à en faire le deuil et montre la prééminence du déni et de la dénégation face au sida, car parler des morts du sida revient à parler du risque sida pour les vivants.

Les gérants des bars et des saunas se montrent eux aussi très ambivalents face aux efforts préventifs: s'ils reconnaissent unanimement leur nécessité, leur collaboration reste timide; de nombreux indices montrent que leur adhésion demeure plus formelle qu'effective; nous avons la conviction (sans avoir la possibilité de l'étayer) que les efforts préventifs sont perçus par eux comme une menace pour leurs intérêts économiques.

Une observation a eu une importance capitale dans notre analyse de la situation et de la révision de notre stratégie d'intervention: dans un sauna,

un endroit réservé aux pratiques sexuelles en présence de tiers (tiers voyeurs ou tiers participants) est fréquenté par des clients qui, pour une bonne part d'entre eux, n'utilisent pas le préservatif.

a) Il n'est plus possible de mettre ces conduites à risque sur le compte d'une sous- ou d'une mésinformation.

b) Il est probablement illusoire d'imaginer que des efforts accrus et renouvelés dans le sens de l'information et d'appels à l'utilisation du préservatif puissent amener au dépassement de ces conduites à risque.

c) Ces conduites, ostensibles (qui impliquent un tiers observateur), nous les interprétons comme un défi, une affirmation de toute-puissance en rapport avec une problématique narcissique et perverse (au sens psychopathologique du terme). Reconnaître un danger et adapter ses conduites pour s'en protéger suppose en effet un certain deuil de la prétention omnipotente et une acceptation des limites imposées par le réel. Nous faisons l'hypothèse que le discours préventif classique, fait d'appels à la prudence et de recommandations, est reçu comme une attaque intolérable par les sujets narcissiquement non-cicatrisés. Le sujet est alors contraint à une réaffirmation massive de son narcissisme, à la mesure de la menace; la non-utilisation du préservatif et la prise de risque sous le regard tiers en constituent les formes les plus poussées ... et les plus problématiques dans le souci préventif.

La stratégie du silence

Les hypothèses contenues dans l'analyse qui précède ont conduit à une révision radicale de notre stratégie d'intervention.

Celle-ci se fonde depuis sur le renoncement, chez l'intervenant, à toute conduite et à tout discours témoignant d'une volonté délibérée de faire changer les conduites. Présent dans les bars et les saunas entre 15 et 20 heures par semaine et identifié, de proche en proche, comme «quelqu'un qui s'occupe de prévention de sida», il répond seulement quand il est interpellé et à partir du matériel apporté par l'interlocuteur. Sa disponibilité indique un espace de dialogue possible et y recourir est laissé à la liberté et à l'initiative des clients de ces établissements. Ici, l'intervenant n'est plus le chargé d'une mission sanitaire.

Mis en position de témoin de conduites à risque ou de discours revendiquant des conduites à risque, il s'agit pour l'intervenant de ne pas céder à la tentation de la mise en garde ni de répéter les recommandations préventives. Quand son auteur lui en donne l'occasion, l'intervenant constate la prise de risque, la relève, comme ayant fait l'objet d'un choix, face auquel l'intervenant ne se montre ni ne se dit indifférent, mais choix qu'il ne

prétend, ni ne peut, changer. En explicitant et en clarifiant ce qui précède, l'intervenant se démet du rôle (ré)formateur des conduites associé, selon nous, à l'intervention préventive classique.

On cherche donc à désamorcer les conduites réactionnelles à la pression sociale du danger mis en avant et à la pression normative contenue dans l'approche préventive classique; pressions perçues, dans notre hypothèse, comme une tentative de coup d'état par l'environnement social pour la prise de contrôle des conduites. On vise à créer les conditions qui autorisent la mise en mots des vécus émotionnels des individus face au risque sida, des difficultés et des bouleversements qu'il provoque dans la vie affective, sexuelle et sociale des individus.

Les conditions de réalisation de cette approche supposent chez l'intervenant un renoncement *au vouloir aider ou protéger à tout prix*, donc une capacité à un certain deuil de sa propre toute-puissance. Elles demandent également, pour lui-même, un cadre de soutien car une difficulté importante est de supporter les sentiments d'inutilité et d'impuissance qui sont le prix à payer de cette approche.

Appréciation de la situation en juin 1991

La question sida est de plus en plus abordée, communément et spontanément, dans le milieu homosexuel lausannois. Le sida est devenu un objet admis dans les entretiens et les discussions, de tous les lieux de socialisation, avec la participation ou hors de la participation de l'intervenant.

En plusieurs occasions, des séropositifs ont pris l'initiative de s'ouvrir de leur situation à l'occasion de discussions générales sans que cela ne suscite de rejet manifeste du groupe. Plusieurs dizaines de personnes séropositives ou malades se sont ouvertes de leur situation à l'intervenant de manière confidentielle.

Plusieurs situations montrent que les morts du sida sont davantage installés dans la conscience collective du groupe. L'état de déni face aux morts du sida, et donc face au sida lui-même, tend à disparaître.

L'intervenant est communément invité dans les manifestations festives, organisées dans le milieu homosexuel.

Des dossiers reprenant des informations d'intérêt général, régulièrement actualisées (statistiques de l'OFSP, articles scientifiques, etc.) ont été mis à disposition des clientèles dans quatre établissements. On constate qu'ils sont régulièrement consultés.

C'est aujourd'hui dans le sauna lausannois où l'équipe (gérant et collaborateurs) manifestait, au début, la plus grande préoccupation face au sida,

qu'on observe que la question est le moins discutée et abordée (tant par l'équipe que par la clientèle); nous demandons si la préoccupation initialement manifestée n'avait pas plus valeur d'allégeance, ou de conformité, à la pression préventive de l'environnement, qu'une réelle appropriation du problème. Si on observe toujours des conduites à risque et des discours revendiquant des prises de risque, on constate une nette diminution des pratiques sexuelles de groupe sans utilisation du pré-servatif.

Discussion

Il n'est à l'évidence pas possible d'établir une relation causale entre la transformation introduite dans la manière de conduire l'intervention, et les changements relevés dans la situation préventive dans le milieu homosexuel lausannois.

Même si une telle relation était établie, à titre d'hypothèse, il serait impossible de faire la part du changement relevant de la position nouvelle de l'intervenant, et la part relevant d'autres facteurs (par exemple, l'évolution des représentations associées au sida dans la société, suite à la poursuite des efforts préventifs classiques; ou le poids de l'expérience, de plus en plus commune, des décès au sein de la population homosexuelle locale).

Il reste que cette nouvelle stratégie d'intervention apparaît comme tout à fait compatible avec l'évolution constatée d'une plus grande appropriation du problème sida au sein de la population homo-

sexuelle lausannoise. Sans prétendre constituer une alternative à l'approche classique de la prévention, l'approche adoptée ici peut être complémentaire à celle-là et semble pouvoir combattre certains de ses effets pervers.

Alors que la prévention primaire est présentée, à juste titre, comme une des facettes essentielles de la lutte contre le sida, il est à regretter que sa problématisation reste dominée par le modèle behavioriste qui aborde la conduite humaine comme la réponse aux sollicitations de l'environnement (ici le discours préventif) dont l'action n'est appréhendée que par l'effet du contenu et de la forme de ses messages.

Dans la perspective retenue, l'analyse porte, de manière centrale, sur la nature de la relation entre les institutions et les individus et, sur le terrain, entre l'intervenant et celui (ceux) auquel il s'adresse. Elle pose la conduite comme la résultante de l'interrelation entre deux parties, ou deux sujets, actifs, qui s'investissent réciproquement de certaines représentations (de leurs rôles, places, motivations, responsabilités, capacités respectives, etc.). Bien qu'elle soit difficile à opérationnaliser, cette «variable relationnelle» nous semble au centre de la problématique du changement/adaptation des conduites.

Constant Rieben, éducateur
Michel Guillaume, dipl. psych.
Point Fixe,
Rue Curtat 14,
CH-1005 Lausanne