Journée régionale d'information et d'échanges

Sida et vulnérabilités

ACTES

CRAES Education Santé

CRIPS Information Sida

RHÔNE-ALPES

ESPACE REGIONAL DE SANTE PUBLIQUE

urcam

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Rhône-Alpes

DIRECTION RÉGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES DE RHÔNE-ALPES

Jeudi 5 juillet 2001

VILLEFONTAINE

CRAES-CRIPS

ERSP

Collège Rhône Alpes d'Education pour la Santé
Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida

9, quai Jean moulin 69001 LYON
Tel : 04 72 00 55 70
Fax : 04 72 00 07 53
e-mail : craes-lyon@asi.fr

GROUPE DE PILOTAGE

Michel BON
Interface SDF : ARHM, CHST St Jean de Dieu, A3 : CSST
31, rue Vaillant Couturier
69200 VENISSIEUX

Marc BRISSON
ODPS
23, av Albert 1er de Belgique
38000 GRENOBLE

Nadine CHOPIN
Mission approche sociale SIDA
DDASS Rhône-ASI
245, rue Garibaldi
69003 LYON

Anne ERPELDING
AIDES Lyon Rhône Ain
93, rue Racine
69100 VILLEURBANNE

Marie-Ange GEOFFROY
Chrétiens et Sida
Rue des Pervenches
38500 COUBLEVIE Cedex 222

Agnès GRANIER
CRAES-CRIPS
9, quai Jean Moulin
69001 LYON

Michèle LUCAS
Médecins du Monde
Place du Griffon
69001 LYON

Zakia MERY
FNARS Rhône Alpes
13, rue Raoul Servant
69007 LYON

Valérie OGIER
AIDES Dauphiné Savoie
8, rue Sergent Bobillot
38000 GRENOBLE

Patrick PELEGE
CRAES-CRIPS
9,quai Jean Moulin
69001 LYON

Denis REQUILLART
Mutualité Rhône Alpes
5 rue Vauban
38026 GRENOBLE Cedex

Roger RIOU
Centre Hospitalier Valence
179, bld Maréchal Juin
26953 VALENCE CEDEX 9

Claire VALETTE
Service santé publique Ville de St Etienne
19, rue de la Résistance
42000 SAINT ETIENNE

SOMMAIRE :

OUVERTURE DES RENCONTRES **p4**

- Sylvaine BOIGE-FAURE, Présidente du CRAES/CRIPS
- Géraldine JANODY, Responsable PRS Sida
- Patrick PELÈGE, sociologue, coordinateur CRIPS

CONFERENCES EN PLEINIERE

PRÉCARITÉ SOCIALE ET ACCÈS AUX SOINS : LE CAS DU SIDA **p13**

- Marcel CALVEZ, Sociologue, Université de Rennes

REDUCTION DES RISQUES ET SEXUALITE AVEC ET AUPRES DES FEMMES **P26**

- Comité Interassociatif de Pilotage

TRAJECTOIRES SINGULIÈRES ET EXPOSITION AUX RISQUES: LE POINT DE VUE CLINIQUE **P32**

- Isabelle MODOLO, psychologue clinicienne, Hôpital Edouard Herriot, Lyon
- François DELOR, Sociologue et psychanalyste, Centre d'études sociologiques, Faculté de Bruxelles

RECRUDESCENCE DES PRISES DE RISQUES VIS A VIS DU VIH PARMI LES GAYS VIVANT EN FRANCE **P53**

- Philippe ADAM, Institut de Veille Sanitaire

ATELIERS

N°1 : SIDA, ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT AUPRÈS DE PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ **P60**

- Hélène DELORME, coordinatrice au soutien des personnes, AIDES Lyon-Rhône/Ain
- Gérard MARTIN, vice-président AIDES Dauphiné Savoie

N°2 : RÉDUCTION DES RISQUES, ERRANCE, PSYCHIATRIE : QUELLE APPROCHE? **P67**

- Michel BON, Interface SDF :ARHM, CHST St Jean de Dieu, A3 : CSST
- Emmanuel LAFAYE, mission réduction des risques, Médecins du monde, Lyon

N°3 : ÉVOLUTION DES MODES D'INTERVENTION ET DE SOUTIEN AUPRÈS DE PERSONNES PROSTITUÉES ET AUPRÈS DE PERSONNES MIGRANTES **P74**

- Françoise GUILLEMAUT, Association CABIRIA
- Albertine PABINGUI, anthropologue, présidente de l'AISFAS

CONCLUSION **P87**

- Marc HORWITZ, journaliste au "Journal du sida et de la démocratie sanitaire".

OUVERTURE DES RENCONTRES

Dr Sylvaine BOIGE-FAURE, médecin de santé publique à Valence,
Présidente du CRAES/CRIPS

“Bonjour et bienvenue dans ce colloque intitulé SIDA ET VULNÉRABILITÉS.
Vous êtes 190 inscrits à cette journée alors que nous sommes déjà en période de vacances. Je suis étonnée de ce taux de participation qui témoigne d’une motivation particulière autour de la question du SIDA et des vulnérabilités, avec des participants issus de champs professionnels et associatifs reflétant ces deux problématiques.
Peut-être, doit-on aussi traduire cela comme un signe de redynamisation des acteurs dont l'investissement ne tarit peut-être pas autant qu'on a pu le dire.
J'y vois aussi une volonté de décloisonnement à la fois dans les pratiques professionnelles du sanitaire et du social et dans les thématiques de Santé Publique.

SIDA et vulnérabilités : le choix de ce titre correspond bien au souci permanent des professionnels et bénévoles de Santé Publique, et bien évidemment du CRAES/CRIPS, de décliner l'aspect "Santé Précarité" ou lutte "contre les exclusions" au travers de toutes les préoccupations et priorités de santé. Cela non pas parce que l'ensemble de la population ne serait pas tout autant concernée, non pas parce que l'on pourrait attribuer certaines pathologies à certaines populations, mais plutôt parce que l'on voudrait que face aux différents fléaux de Santé Publique, chacun ait la même chance de les soigner, de les dépister ou de les prévenir.

Cependant, il est difficile de se donner une priorité de pensées et d'actions pour les personnes les plus fragiles sans risquer de stigmatiser les publics en difficulté et oublier qu'ils doivent rester eux-mêmes acteurs de leur santé. Tout cela doit donc nous amener à une réflexion approfondie sur l'éthique qu'exige ce travail. Alors, permettez-moi de m'arrêter un peu sur ces questions d'éthique et de déontologie que l’on a tendance à oublier dès lors que l'on s'occupe de populations démunies.

*Que recouvre le mot "**vulnérabilités**" ?*

Nous avons entendu qu'il avait été beaucoup employé dans la session extraordinaire de l'Assemblée Générale de l'ONU où les délégués de quelque 160 pays ont adopté un plan de lutte mondiale contre le SIDA. A l'échelle planétaire, inutile de le matérialiser par un

dessin, on imagine bien ce que peuvent représenter les populations vulnérables. Je ne développerai pas ce que cela doit signifier dans notre pays car Patrick Pelège souhaite revenir sur cette définition et le titre de chaque atelier en dit déjà long sur ces questions. En revanche, je trouve que ce mot peut venir en écho de situations diverses et relatives que tout un chacun peut traverser ; la vulnérabilité peut ainsi marquer des périodes de la vie de chacun de nous.

Sensibiliser et impliquer les populations les plus fragilisées suppose qu'on les connaisse mieux et que l'on adapte nos actions à leurs besoins et à leur demande. Mais comment trouver le ton juste pour ramener tout le monde dans le droit commun et ne pas aggraver le sentiment de marginalité ? En d'autres termes, doit-on continuer à mettre en place des structures spécifiques pour les gens les plus pauvres sans qu'ils se sentent encore plus exclus ?

Comment appliquer de nouvelles méthodes de travail en réseau de façon multidisciplinaire pour en même temps améliorer l'accès aux soins et respecter le secret professionnel, le droit à la confidentialité, le droit à choisir sa vie et sa santé, le droit à la dignité, etc. ?

Toutes ces questions vous habitent sans doute au quotidien et cela d'autant plus que l'on peut constater aujourd'hui que la problématique du SIDA nous a fait beaucoup avancer dans le domaine de l'éthique et du droit des usagers. Idéalement, il faudrait qu'il en soit ainsi pour toutes les pathologies, tous les problèmes de santé publique et quelles que soient les catégories sociales mais il reste du chemin à faire et j'espère que cette journée y contribuera.

Je terminerai en remerciant tous les organisateurs qui se sont réunis autour de Patrick Pelège et du CRAES-CRIPS, les Services de l' État représentés par le docteur Janody et l'URCAM représenté par M. de Angelis.

Je vous souhaite une bonne journée à tous et mon vœu le plus cher sera que l'on associe au mot vulnérabilité celui de solidarité."

Dr Géraldine JANODY,
MISP DRASS RHÔNE-ALPES et coordinatrice du PRS SIDA

"Je laisserai à Patrick Pelège le soin de présenter la journée «sida et vulnérabilités» et je me contenterai de re-situer cette journée dans le cadre de la dynamique et du programme régional autour de la pathologie VIH (PRS SIDA).

Alors que le SIDA est une priorité de santé publique à l'échelon national pour son impact sanitaire, social, professionnel et financier (même si l'on constate que la pression sociale sur le VIH a beaucoup diminué ces dernières années), la Conférence Régionale de Santé n'a pas retenu cette problématique comme priorité de santé publique pour la Région Rhône-Alpes. En effet, même si elle est à la 3ème place sur le plan de l'épidémie VIH, la région est plutôt privilégiée malgré, toutefois, des disparités importantes entre les départements.

Cependant, du fait d'une dynamique importante et de la mobilisation de nombreux acteurs autour de la pathologie VIH dans la plupart des 8 départements de la région, il nous a semblé souhaitable de mettre en place un Programme Régional de Santé autour de la pathologie VIH avec des objectifs très précis qui sont, entre autre, de favoriser la mobilisation, la concertation et la coordination des pouvoirs publics, des institutions et des associations ainsi que les échanges de pratique. Loin de contrarier les actions définies localement dans le cadre des plans départementaux de lutte contre le SIDA, les réflexions autour du PRS doivent permettre de les enrichir. C'est ainsi que plusieurs actions concrètes ont été réalisées dans le cadre de ce PRS, comme les rencontres régionales de la prévention en octobre 2000 et la mise en place d'un recueil épidémiologique depuis 2 ans.

Sans reprendre entièrement la situation épidémiologique au sein de la région Rhône-Alpes, rappelons tout de même quelques éléments clés. On constate tout d'abord une augmentation de l'activité hospitalière d'environ 6% et que le nombre de nouveaux cas est passé de 208 en 1999 à 263 en 2000 (+26%). Ensuite, la classe d'âge 30-44 ans (64%) est prépondérante mais la classe 15-29 ans augmente régulièrement. Enfin, on peut constater l'augmentation des cas féminins (sex ratio de 3 hommes pour 1 femme) en particulier chez les femmes de nationalité africaine, la prépondérance de la contamination hétérosexuelle (74% - homo : 41 et hétéro : 33) et surtout, un nombre de plus en plus important de personnes qui découvrent leur séropositivité au moment du SIDA (près de 50% contre 25% il y a 3 ans). Par ailleurs, la plupart des patients sont traités dont 80% dans le cadre d'une trithérapie.

Ainsi, le nombre de patients VIH ne se stabilise pas. L'augmentation du nombre de cas

diagnostiqués dans certaines populations doit nous inciter à réfléchir ensemble sur les raisons de ce phénomène. En effet, en même temps que se développent les performances des systèmes de soins, on observe un effet paradoxal des risques d'exclusion. Encore nombreuses sont les personnes qui n'accèdent pas, pour des raisons diverses, aux structures de droit commun.

Il est nécessaire aujourd'hui de rester vigilant et de continuer de porter une attention particulière à tout ce qui peut entraver l'accès à la prévention et aux soins et engendrer des phénomènes d'exclusion. Je ne doute pas que de la richesse des débats et des échanges d'expériences qui auront lieu ici devraient naître des perspectives nouvelles. La collaboration de tous les acteurs du système de santé est plus que jamais nécessaire pour tenter de remédier aux difficultés d'accessibilité que rencontrent les populations en situation de précarité."

Patrick PELÈGE, sociologue, coordinateur du CRIPS.

Une manie universitaire m'a conduit à aller chercher dans le Petit Robert[1] les racines étymologiques du terme vulnérabilité, qui est l'adjectif du terme vulnérable, venant de vulnerare, "blesser". Ce terme apparaît à la fin du 17ème siècle (en 1676) et comporte plusieurs sens :

- qui peut être blessé, frappé par un mal physique (*"ils ne sont pas immunisés, ils sont vulnérables"*)
- au sens moral ; qui peut être facilement atteint, qui se défend mal (toucher l'homme en un point vulnérable pour Mac Orlan); ce qui renvoie directement au défaut de la cuirasse, et au talon d'Achille
- se dit aussi au bridge, pour qualifier l'équipe qui a gagné la première manche et qui risque de ce fait des pénalisations doubles.

Ce terme de vulnérabilités, conjugué au pluriel dans notre plaquette et dans ce programme, se veut aller dans le sens de l'ouverture, de la diversité, de la complexité de façon à rendre compte dans le même espace-temps d'une journée de la multiplicité des situations de vulnérabilité. Ces situations exposent au risque VIH et à d'autres formes de rejet et d'exclusion; les situations de sida exposent aux vulnérabilités de tous ordres (dans le domaine de l'emploi, du logement et de l'accès aux droits, sans oublier la plus essentielle d'entre elles, le regard blessant d'autrui).

Toutes ces acceptions, auxquelles s'adjoignent les conditions de précarité et de pauvreté, campent l'état d'esprit du comité de pilotage de cette journée sensible aux dimensions oubliées de la souffrance des plus délaissés d'entre nous : de celles et ceux qui prennent moins publiquement la parole, de celles et ceux dont les conditions économiques, culturelles et sociales d'existence les situent dans les ombres portées de l'épidémie VIH/Sida, de celles et ceux exposés parfois aux risques du virus, mais plus encore aux risques moralisants et méprisants des autres qui se pensent et se vivent comme sains (de corps et d'esprit).

Cette journée ne pourra satisfaire l'ensemble complexe et multiple du public que vous composez, public qui comprend une majorité de soignants et de travailleurs sociaux (45%), mais aussi de bénévoles, d'acteurs salariés oeuvrant dans le champ de la lutte contre le sida et dans celui de la précarité, dans celui de la réduction des risques, dans celui de l'accueil et de l'accompagnement social, dans le domaine de la recherche action et de l'action en

[1] *Petit Robert, édition 2OOO*

recherche. Nous espérons que ces moments d'échanges permettront de diminuer les refus d'accueil à celles et ceux dont la couleur, l'état sanitaire, la tenue ou le langage, bref à ceux dont les situations atypiques font obstacles au travail sanitaire et social

La situation de vulnérabilité est probablement ce qui est le plus commun à nos trajectoires singulières qui se désespèrent de vouloir être subjectives ; mais il est repérable que certaines conditions d'existence, certains événements, peuvent amplifier ces situations de vulnérabilité. C'est pourquoi nous avons tenu à alterner des points de vue de chercheurs et de praticiens de terrain ; des points de vue masculins et féminins ; des points de vue collectifs et personnels, des points de vue puisés dans différents champs disciplinaires et auprès de différents lieux d'exercice. Tous les choix sont contestables. Ainsi, la semaine passée[2], certains pays à la conférence ONU Sida ont préféré dissocier la prévention du soin et exclure des groupes d'homosexuels ou d'usagers de drogues. Nous avons fait les nôtres en affirmant la nécessité d'articuler des situations plutôt que de les exclure l'une de l'autre, sans mélanger les conditions et les particularités de certains groupes sociaux et de situations personnelles. Ces choix sont d'autant plus les nôtres qu'il faut éviter des scissions entre le champ sanitaire et social.

Il me faut rapidement remercier ici l'ensemble des acteurs du groupe de pilotage, avec un clin d'œil tout amical à mes amis des deux comités de AIDES, pour nous souvenir que beaucoup d'entre ceux qui en ont été à mes côtés les fondateurs à Grenoble en 1986 et à Lyon en 1990 sont décédés depuis mais restent vivants en nous. Je remercie aussi les associations ou organismes représentés au sein du comité de pilotage, ainsi que la DRASS ici présente et en particulier le Docteur Janody qui nous témoigne d'une confiance renouvelée. Pour finir, profitons de la présence de Monsieur de Angelis de l'URCAM, qui soutient politiquement et financièrement cette action avec bienveillance.

Je n'oublie pas l'ensemble de mes collègues salariés du CRAES-CRIPS qui, à différents titres, ont su manifester attachement et solidarité pour organiser au mieux cette journée ; j'en suis d'autant plus heureux que de manière exceptionnelle, nous sommes tous ici aujourd'hui réunis. C'est dans le même esprit que nous espérons que cette journée ira dans le sens de la complémentarité, de la créativité, de la fécondité, du pluriel et de l'audace ; c'est en tout cas ce qu'au nom de notre groupe de travail, je vous souhaite de tout cœur.

[2] *Libération et Le Monde du 27 /06 /2001*

PRÉSENTATION DU PROFIL SOCIOLOGIQUE DES PARTICIPANTS :

SUR 190 personnes inscrites,

SEXE DES RÉPONDANTS :

H = 35, soit **18,5 %** du public ;
F = 155, soit **81, 5 %**

Travaillant dans des organismes publics ou para publics (Centres Hospitaliers CDAG, Conseils Généraux, CPAM, Universités), soit **30 %**

Travaillant dans des associations (ADESS, CHRS, MFPF, Mutualités, organismes locaux et régionaux) 134, soit **70 %**

FONCTIONS DES RÉPONDANTS :

Soignants (IDE, médecins, psy) 45, soit **23, 6 %**
Travailleurs sociaux (AS, Educs, animateurs CESF) 43, soit **22,6 %**
Chargés de prévention, animateurs de prévention 26, soit **13,6 %**
Directeurs ou coordinateurs 24, soit **12,6 %**
Bénévoles, administrateurs 22, soit **11,5 %**
Documentalistes, chargés de com 12, soit **6,3 %**
Chercheurs 8, soit **4,2 %**
Autres (fonctions administratives, étudiants) 7, soit **3,6 %**
Inconnus 3, soit **1,6 %**

RÉPARTITION PAR CHAMP :

Champ VIH (CH, CDAG, divers associations) : 70, soit **36,8 %**
Champ CHRS, précarité, toxicomanie, prostitution, migrants : 40, soit **21,05 %,**
soit à eux deux, **58 %** du public.

RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE :

Rhône : 96,	soit **50, 5 %**
Isère : 50**,**	soit **26,3 %**
Loire : 14,	soit **7, 3 %**
Drôme : 9,	soit **4,7 %**
Savoie : 6,	soit **3,1 %**
Haute-Savoie : 6	soit **3,1%**
Ain : 3,	soit **1, 5 %**
Ardèche : 0,	soit 0%
Hors Rhône-Alpes : 7,	soit **3,6 %**

CONFERENCES

☆☆☆☆☆☆☆☆
☆☆☆☆☆☆☆☆

EN PLENIERE

Précarité sociale, accès au dépistage du sida et aux soins : éléments à partir des nouveaux cas de sida diagnostiqués entre 1997 et 2000

Marcel CALVEZ. Laboratoire d'anthropologie et de sociologie, Université Rennes 2

"Récemment, la question des relations entre la précarité et le sida a émergé pour appréhender l'inscription du sida dans la société. Cela est d'autant plus remarquable lorsque, avec le recul du temps, on regarde les façons successives par lesquelles la question du sida a été formulée. Des styles de vie collectifs ou individuels (auxquels se rapportaient les notions de "groupe à risque" et de "comportement à risque"), l'attention s'est déplacée vers les franges de la société qui échappent aux régulations sociales ordinaires et, singulièrement, aux modes de prise en charge qui y sont proposés. Ces relations peuvent se décliner selon deux modalités : d'une part, on peut se demander en quoi le sida génère des situations de précarité, d'autre part, on peut s'interroger sur les effets de la précarité sur la vulnérabilité à l'égard du sida ou sur l'usage des dispositifs de prise en charge et de soin. C'est donc la question des effets de la précarité sur l'accès au système de soin - entendu largement du dépistage à la prise en charge médicale - qui sera abordée ici. Les données présentées sont issues des informations collectées par l'IVS (Institut de Veille Sanitaire). Elles s'inscrivent dans la suite de publications concernant les inégalités sociales, la précarité et l'accès aux soins avant l'arrivée des nouvelles thérapies, qu'elles actualisent sur la période 1997-2000 [3] .

1. La question de la précarité, du sida et de l'accès au système de santé.

La généralisation de l'usage de nouvelles combinaisons thérapeutiques à partir de 1996 joue sans doute un rôle important dans le déplacement des façons de poser la place du sida dans la société. Le nombre de personnes qui développent un sida après avoir suivi un traitement préalable est divisé par 4,8 entre 1995 et 1997. Ces transformations s'inscrivent dans des évolutions au long cours qui se caractérisent par une diminution du

[3] *Voir M. Calvez, Le sida, In : Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M., Lang T. (dir.) Les inégalités sociales de santé, Paris, La Découverte, 2000 (283-294) ; Les risques du sida et la précarité sociale, In : Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V. (éditeurs), Précarisation, risques et santé, Paris, Éditions INSERM, Questions en santé publique, 2001 (451-466) ; Précarité sociale et accès aux soins, In : Del Sol M., Eydoux A., Gouzien A., Merle P. Turquet P. eds, Nouvelles dimensions de la précarité, Rennes, PUR, 2001 (299-310).*

nombre de nouveaux malades, elles mettent également en évidence le rôle crucial que revêt l'accès au dépistage et aux soins dans la réduction du nombre de nouveaux cas de sida. Ainsi, sur la même période, le nombre de nouveaux cas est divisé par 2,3, pour les personnes qui connaissent leur séropositivité et ne suivent pas de traitement, et par 1,2 pour celles qui ne connaissent pas leur séropositivité avant l'apparition du sida. L'absence ou la faiblesse d'utilisation des dispositifs de soin prend d'autant plus de relief qu'il n'existe à priori aucune barrière, en particulier économique, à l'accès au dépistage et aux thérapies.

La notion de précarité est alors mobilisée pour expliquer ce décalage en rapportant le faible usage des dispositifs de soin, et l'absence de prise en charge de la santé, aux conditions de vie des personnes. Si cette explication paraît aller de soi, il faut cependant se garder de la systématiser. D'une part, toutes les personnes qui ne connaissent pas leur séropositivité au moment de la déclaration du sida ne sont pas en situation de précarité puisque, au regard d'un indicateur simple comme la profession, 72,1% des personnes ont une profession déclarée. D'autre part, toutes les personnes qui sont en situation de précarité ne sont pas exclues des dispositifs de dépistage et de soins : parmi les personnes sans profession qui ont un diagnostic de sida en 2000 (n=460), 38,5% ne connaissent pas leur séropositivité, 31,3% la connaissent et ne suivent pas de traitement et 30,2% suivent un traitement avant le développement du sida. Là encore, les indicateurs pris ne sont sans doute pas satisfaisants, mais ils visent à suggérer que l'analyse de la relation entre la précarité et les problèmes d'accès aux soins doit aller au-delà de visions sommaires et réductrices, au risque de passer à côté de son objet.

La précarité peut être considérée dans différentes sphères de la vie de l'individu, ainsi la précarité professionnelle ou relationnelle.

Un préalable à l'analyse suppose d'adopter une définition opératoire de la précarité. Il est intéressant, à la suite de Appay[4], de partir de l'étymologie du mot : précarité vient du latin *precarius* qui signifie "obtenu par la prière". Parallèlement, on peut évoquer l'étymologie de pauvreté, souvent associé à précarité : *paupertas*, en bas latin, désignait l'absence de pouvoir et l'impuissance sociale. Ces notions renvoient à une configuration de dépendance et de domination : l'individu en situation de précarité dépend des autres et n'est pas autonome ; il n'est pas dans une situation qui lui permette de produire ses propres normes de conduites.

[4] *B. Appay, Précarité, précarisation : réflexions épistémologiques, In : Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V. (éditeurs), Précarisation, risques et santé, Paris, Éditions INSERM, Questions en santé publique, 2001 (15-27)*

La précarité peut être considérée dans différentes sphères de la vie de l'individu, ainsi la précarité professionnelle ou relationnelle. Elle se décrit alors en fonction d'indicateurs caractérisant une position sociale déterminée. Ainsi, comme le note Appay dans sa sociologie du trait, "l'absence de ressources, le chômage, la précarité de l'emploi, du logement et l'absence de diplômes, sont reconnus comme des critères essentiels de la pauvreté et de la précarité". Elle doit aussi s'appréhender comme un type particulier d'expérience et d'intériorisation d'une condition sociale, auquel correspondent des manières de penser et d'agencer ses relations aux autres. A faiblesse de ressources économiques, sociales et culturelles identiques, peuvent en effet correspondre des situations différentes parce que les individus ne mobilisent pas leurs ressources de façon identique pour se situer dans le monde et dans les relations avec les autres. Leur trajectoire passée et la socialisation qui en a résulté se traduisent par une plus ou moins grande capacité à mobiliser les ressources disponibles, fussent-elles limitées[5]. Il n'en reste pas moins que les espaces sociaux dans lesquels ces individus peuvent mobiliser les ressources dont ils disposent pour formuler des demandes et être entendus, demeurent structurellement limités.

2. Les données disponibles sur l'accès au dépistage et aux soins

On présentera ici les données relatives à l'accès au dépistage et aux soins en fonction d'indicateurs de position socio-économique ou sociale. Une approche quantitative de ce type permet de décrire, dans les limites des catégories qu'elle utilise, les dimensions structurelles d'une précarité qui se traduit par des problèmes d'accès au dépistage et aux soins. En l'absence d'études spécifiques dédiées à la question, il convient de rapporter ces données sur l'usage des dispositifs de soin à ce que l'on sait de la précarité. Outre les problèmes liés à la collecte des données utilisées, le tableau présenté est limité par la capacité d'indicateurs simples de position sociale à rendre compte de la précarité sociale, par essence multidimensionnelle. A plus forte raison, la dimension de l'expérience, dont on soulignait précédemment l'importance, n'est nullement appréhendée. Toutefois, en l'état actuel des recherches sur le sida qui se sont peu préoccupées de ces questions, cela permet de dresser un état de la question appelant des travaux ultérieurs mieux ciblés.

Les informations sur l'accès au dépistage et aux soins proviennent des statistiques sur les diagnostics de sida. Parmi les nouveaux cas de sida, certains ont bénéficié de traitements antirétroviraux suite à un dépistage et avant le diagnostic de sida. Le

[5] *Calvez M., Les risques du sida et la précarité sociale, art. cit*

dispositif de surveillance mis en place en France considère comme traité un patient qui a reçu des antirétroviraux pendant trois mois au moins avant le diagnostic du sida. La classe des patients non-traités dépasse ainsi ceux qui n'ont aucun accès aux soins pour considérer également ceux qui ont un accès tardif et limité. Parmi ces patients non traités, certains connaissaient leur séropositivité alors que d'autres la découvrent lors des pathologies inaugurales du sida ou dans un délai inférieur à trois mois avant ces pathologies. Ces conventions de définitions conduisent ainsi à subdiviser les nouveaux cas de sida en trois sous-ensembles dont l'un renvoie à la question de l'accès au dépistage (connaissance de la séropositivité dans un délai inférieur à trois mois avant le sida) et l'autre à la question de l'accès aux soins (connaissance sans traitement). Ce sont ces catégories qui sont utilisées ici.

Les données sociodémographiques disponibles pour caractériser ces trois groupes de malades proviennent de la déclaration obligatoire des cas de sida faites par les praticiens auprès de l'IVS lors des pathologies inaugurales du sida. La pertinence de ces données dépend du contexte dans lequel elles sont constituées et de la nature des informations collectées. Elles privilégient en effet les informations relatives aux groupes de transmission du virus (transmission homosexuelle, hétérosexuelle, par usage de drogues injectables,...) qui sont d'un intérêt limité pour caractériser la précarité. D'autre part, elles procurent des informations sur l'activité professionnelle qui, selon les déclarations faites, peut se rapporter à la situation présente ou passée de l'individu, ce qui atténue la portée des informations relatives à la précarité.

On observe ainsi une classe importante de personnes sans profession (20% des hommes et 50% des femmes dans l'ensemble des nouveaux cas de sida) alors que la classe "chômage" ne comprend que 2% des effectifs. La classe des "sans profession" amalgame des situations de chômage et d'absence d'inscription sur le marché du travail en fonction du déclaratif des personnes et de l'interprétation qui en est faite par le médecin. Ces données intègrent des schèmes interprétatifs des acteurs impliqués dans la prise en charge et relatifs aux situations de précarité. Elles intègrent aussi les difficultés à classer des situations perçues comme inclassables, comme celles de personnes dont les revenus illicites sont abondants alors que les revenus réguliers sont presque nuls. Ce sont donc des biais qu'il convient de prendre en compte, mais qui n'empêchent pas d'appréhender globalement le phénomène de la précarité dans l'accès au dépistage et aux soins.

3. Quelques éléments de l'accès au dépistage et aux soins avant les nouvelles thérapies.

Pour situer la précarité, il est intéressant de tracer un rapide tableau de la configuration socio-professionnelle des nouveaux cas de sida déclarés au moment de l'arrivée des nouvelles combinaisons thérapeutiques en 1996. Pour plus de 60%, les nouveaux cas de sida concernent des ouvriers, employés ou personnes sans profession[6]. Ce pourcentage croît dans les années suivantes pour atteindre plus de 70 % en 2000. Par ailleurs, le sida se féminise, ce qui se traduit par une baisse du *sex ratio*. Le poids relatif des femmes sans profession s'observe dans le *sex ratio* encore plus faible chez les personnes sans profession.

Tableau 1 : Répartition des nouveaux cas de sida sur des personnes âgés de 15 ans et plus domiciliés en France (Métropole et Outre-Mer), diagnostiqués en 1987, 1990, 1993, 1996, et entre 1997 et 2000 par sexe, nombre et proportion de "sans profession" au sein de chaque classe.

	1987	**1990**	**1993**	**1996**	**1997-2000**
Femmes	265	643	1003	738	1542
(%)	13,0	16,0	19,8	20,5	23,0
dont sans profession	116	308	435	386	861
(%)	43,8	47,9	43,4	52,3	55,8
Hommes	1780	3372	4070	2865	5174
%	87,0	84,0	80,2	79,5	77,0
dont sans profession	225	542	780	655	1437
%	12,6	16,1	19,2	22,9	27,8
Total HF	2045	4015	5073	3603	6716
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100
Sex-ratio H/F	6,7	5,2	4,1	3,9	3,6
Sex ratio des sans profession	1,94	1,76	1,79	1,70	1,67

Source : IVS, données actualisées au 31.03.2001

Si l'on approche là des indicateurs de situations de précarité, en particulier par l'absence de profession, il faut se garder d'interprétations rapides en matière de comportements relatifs au sida. Les personnes sans profession ont en effet une meilleure connaissance de leur séropositivité. Cela est remarquable pour les usagers de drogues injectables qui, dans 9 cas sur 10 chez les plus jeunes, connaissent leur séropositivité alors que la connaissance chez ceux qui ont été contaminés lors de relations hétérosexuelles se rapproche de celle des ouvriers (1 cas sur 2). Par ailleurs, les femmes sans profession sont sur-représentées dans chacune des catégories relatives au retard du dépistage. Ainsi, 59,5% d'entre elles connaissent tardivement leur séropositivité contre 17,4% des hommes. Cette

[6] *Cf. tableau 2 infra.*

méconnaissance concerne essentiellement des femmes contaminées lors de relations sexuelles.
Dans ces configurations on peut ainsi identifier une relation entre la dépendance, la précarité et la connaissance de la séropositivité. En revanche, l'absence d'accès aux traitements concerne tout autant les femmes infectées par l'usage de drogues injectables que les autres femmes. Par ailleurs, près de la moitié des nouveaux cas de sida de moins de 30 ans diagnostiqués entre 1994 et 1998 sont sans profession. Toutefois, seuls 20,1% d'entre eux ne connaissent pas leur séropositivité. Comme les autres jeunes en activité, ils ont un meilleur accès au système de dépistage que les classes plus âgées.

42% des ressortissants étrangers ne connaissent pas leur séropositivité, contre 20% des ressortissants français.

Sur la période allant de 1994 au 30 juin 1998, une étude de l'IVS sur la population de nationalité étrangère domiciliée en France met en évidence des formes particulières de difficulté dans l'accès au dépistage et aux traitements indicatrices de situations de précarité[7]. Parmi les cas de sida diagnostiqués sur cette période, 42% des ressortissants étrangers ne connaissent pas leur séropositivité, contre 20% des ressortissants français. La découverte de la séropositivité est concomitante aux pathologies inaugurales du sida pour 51% des ressortissants d'Afrique subsaharienne. Sur l'ensemble de la population étrangère, cette concomitance concerne 35% des femmes et 42% des hommes. En 1997, parmi les cas de sida diagnostiqués, 56% des étrangers ne connaissent pas leur séropositivité au moment du diagnostic ; ce pourcentage est de 63% pour les ressortissants d'Afrique subsaharienne (38% pour les ressortissants français). Avant le diagnostic de sida, 48% des ressortissants étrangers n'ont pas bénéficié d'un traitement antirétroviral, contre 39% de ressortissants français.

Au-delà du constat d'une population qui n'accède pas au dépistage, ces données permettent de souligner une limitation de l'accès des ressortissants étrangers à une prise en charge thérapeutique avant les pathologies inaugurales du sida. En revanche, les données relatives à la mortalité indiquent qu'une fois le diagnostic effectué au stade du sida, la prise en charge et le suivi des traitements sont comparables.

4. Le retard au dépistage entre 1997 et 2000.

[7] *Institut de Veille Sanitaire, Situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France, Saint Maurice, 1999. Voir aussi Marcy O., Évolution du sida dans la population étrangère domiciliée en France et facteurs liés à une absence de dépistage, Mémoire de maîtrise de sciences sanitaires et sociales, Université de Paris XI, 2001 qui prolonge les données de l'IVS .*

Alors qu'entre l997 et 2000, on n'observe pas de variation significative dans la structure de la population des nouveaux cas de sida, la comparaison avec 1994 (c'est à dire avant la mise en œuvre des nouvelles stratégies thérapeutiques) procure quelques enseignements. D'une part, on observe une augmentation du poids relatif des PCS "ouvriers" et "sans profession". A l'inverse, les professions supérieures, intermédiaires et employées connaissent une diminution. Cela correspond pour partie à une diminution des cas de sida dans le groupe de contamination homosexuel. D'autre part, la diminution des ratios H/F indique une plus grande féminisation des cas de sida mais surtout des cas de sida qui ne connaissent pas leur séropositivité. Si on laisse de côté la catégorie "ouvriers" (atypique puisque presque exclusivement composée d'hommes) et les effectifs faibles d'agriculteurs, cette féminisation est remarquable chez les personnes sans profession et chez les employés.

Tableau 2 : Répartition des PCS des cas de sida diagnostiqués en 1994, 1997 et 2000 selon la connaissance de la séropositivité[8].

	sida diagnostiqué1994	**% de ceux qui ne connaissent pas leur séropositivité**	***Sex-ratio 94 non conna.(h/:f)***	**sida diagnostiqué 1997**	**% de ceux qui ne connaissent pas leur séropositivité**	**sida diagnostiqué 2000**	**Pas de connais Séropo.2000**	***Sex-ratio 1997-2000 (non conn. Séropo***
Agriculteurs	0,7	30,5	-	0,6	38,5	0,5	57,1	*19*
Indépendants	8,9	20,4	*10,6*	8,3	43,0	7,1	50,5	*9,5*
Prof. supér.	9,7	18,0	*12*	7,8	49,7	6,9	47,3	*8,3*
Prof. interm.	13,0	14,0	*7,6*	9,0	42,8	9,2	51,6	*4,0*
Employés	21,1	19,8	*3,4*	19,1	37,7	18,3	42,9	*1,8*
Ouvriers	14,9	27,2	*69,3*	18,6	50,2	18,9	56,3	*14,9*
Sans prof..	28,5	19,1	*6,25*	32,0	31,4	34,2	38,4	*1,7*
Retraités	3,2	57,3	*2,2*	4,6	62,1	4,9	68,2	*3,3*
N	5203	1060 20,4	*5,1*	2080	852 41,0	1346	634 47,1	*2,8*

Source : IVS, données actualisées au 31.03.2001

Le pourcentage de personnes qui ne connaissent pas leur séropositivité augmente fortement entre 1994 et 1997 et de façon moindre par la suite. Cela résulte du fait que le nombre de nouveaux cas a diminué de façon plus importante que celui des cas ne connaissant pas leur

[8] *Les cas de sida pour lesquels il n'existe pas d'information relative à la connaissance préalable de la séropositivité et au traitement pré-sida ne sont pas comptés dans les effectifs totaux.*

statut sérologique. Cela tend donc à suggérer l'existence d'une fraction relativement stable qui n'a pas recours au dépistage avant les manifestations pathologiques du sida. Il n'y a pas de variation remarquable, à l'exception d'une sous-représentation des employés et des sans profession et une sur-représentation des retraités.

Pour expliquer ces variations, on doit observer les groupes de transmission définis par l'IVS et la sur-représentation des femmes dans les catégories employés et sans profession. Si l'on considère les groupes de transmission, les diminutions des cas de sida sont les plus importantes dans le groupe homosexuel et utilisateurs de drogues par injection (UDI) : le nombre de cas est divisé par environ 2, 9 chez les premiers entre 1994 et 1997 et par 1,95 entre 1997 et 2000. Chez les UDI, il est divisé par 3,4 puis par 2, alors qu'il est respectivement divisé par 1,4 et par 1,2 dans le groupe de transmission hétérosexuel. Enfin, il est divisé par 1,9 et 1,1 dans le groupe dont le mode de transmission est inconnu du médecin. On observe également des différences significatives en matière d'absence de connaissance du statut sérologique.

Tableau 3 : Pourcentage de non-connaissance de la séropositivité avant le sida dans chaque groupe de transmission

	1997		**2000**	
Groupe de transmission	F	H	F	H
Homosexuel	-	40,6	-	44,7
UDI	7,2	21,6	2,4	15,9
Hétérosexuel	40,1	56,3	47,9	62,6
Inconnu du méd.	34,8	67,1	46,4	69
Total	32,4	43,3	42,4	48,8

Source : IVS, données actualisées au 31.03.2001

A l'exception des usagers de drogues par injection, le taux de méconnaissance de la séropositivité augmente entre les deux dates. Cette augmentation est observable dès 1998 et se maintient par la suite. L'autre aspect notable est la faible méconnaissance de la séropositivité chez les UDI, atteignant des scores très bas chez les femmes. On peut aisément penser que le suivi médical global de cette population explique cette situation et on notera que la proportion de ceux qui ne suivent pas un traitement est importante (plus de 50% des cas de sida chez les femmes et aux environs de 40% chez les hommes).

Le groupe de transmission hétérosexuelle se caractérise par une moindre connaissance de la séropositivité, plus accentuée chez les hommes que chez les femmes. Cela concerne

essentiellement les ouvriers (groupe quasi-exclusivement masculin) et les employés. Le groupe dans lequel la contamination est inconnue du médecin présente un profil comparable au groupe de transmission hétérosexuelle. On peut donc supposer que dans ce groupe la méconnaissance peut aller de pair avec une perception incertaine des situations d'exposition ou des difficultés à dire sa situation puisque la personne ne donne pas au médecin d'éléments lui permettant d'établir le mode probable de transmission. Une perception incertaine des conditions de contamination pourrait également concerner de façon plus importante le groupe de transmission hétérosexuelle.

Le croisement de la PCS et du groupe de transmission renforce les remarques précédentes sur la localisation de la méconnaissance de la séropositivité. Par souci de lisibilité, dans le tableau suivant, l'année 2000 est seule retenue, ainsi que les trois PCS qui, d'une part représentent plus de 70 % des nouveaux cas de sida en 2000 et, d'autre part, sont les catégories dans lesquelles les évolutions récentes sont les plus notables.

Tableau 4 : Pourcentage de non-connaissance de la séropositivité avant le sida dans chaque groupe de transmission selon la PCS en 2000

Groupe de transmission	Ouvriers	Employés	Sans profession et chômeurs
Homosexuel	50	36,7	29,2
UDI	20	23,1	9,3
Hétérosexuel	63,1	49,5	52,7
Inconnu du méd.	74,4	63,4	48,7

Source : IVS, données actualisées au 31.03.2001

La méconnaissance de la séropositivité concerne de façon plus importante le croisement des groupes de transmission hétérosexuelle et de transmission inconnue du médecin et les catégories ouvriers et employés. A l'opposé, une bonne connaissance concerne les UDI de façon générale et, dans les groupes de transmission homosexuel et UDI, les employés et les personnes sans profession.

Sur la base de ces données, il est possible de dire que si la question du retard au dépistage s'observe dans toutes les catégories socio-professionnelles, elle concerne moins les employés et les personnes sans profession et davantage les ouvriers. Ce profil différencié est plus notable chez les hommes, alors que l'absence de connaissance se trouve de façon plus homogène dans les PCS femmes. Par ailleurs, elle concerne moins les femmes entre 30 et 45 ans et les hommes entre 25 et 40 ans. Les nouveaux cas de sida concernent relativement beaucoup plus de femmes que d'hommes jeunes (26% des femmes de plus de 15

ans qui déclarent un sida entre 1996 et 2000 ont moins de 30 ans, contre 9% des hommes).

On retrouve également cette situation chez ceux qui ne connaissent pas leur séropositivité (22% des femmes qui ne connaissent pas leur séropositivité ont moins de 30 ans, contre 8% chez les hommes). A l'inverse, 33% des femmes qui déclarent un sida ont plus de 40 ans contre 47% des hommes et 40% des femmes qui ne connaissent pas leur séropositivité ont plus de 40 ans, contre 55% des hommes. On peut ainsi suggérer deux profils légèrement différents de retard au dépistage, l'un concernant des hommes plus âgés, l'autre des femmes plus jeunes. Ce qui retrace l'évolution sociale et sexuelle du sida vers une plus grande féminisation et un déplacement vers les catégories populaires sans activité déclarée. C'est sans aucun doute auprès de ces derniers groupes qu'il convient de rechercher de façon prioritaire les liens entre précarité sociale et sida.

5. Le retard au soin pour les personnes connaissant leur séropositivité entre 1997 et 2000.

En termes socio-professionnels, on trouve une répartition globalement comparable à celle du retard au dépistage concernant les personnes qui ont connaissance de leur séropositivité et qui ne bénéficient pas d'un traitement antirétroviral. .

Les catégories « employés, ouvriers et sans professions » représentent plus de 7 cas sur 10. Leur poids a tendance à croître depuis 1994, période où les thérapies permettaient seulement de retarder le développement des infections opportunistes. Comme on observe des augmentations comparables des cas de sida et de l'absence de connaissance, il est difficile d'affirmer un moindre accès relatif au système de soin dans les catégories populaires. A l'intérieur de ce groupe, le poids des personnes sans profession augmente parmi celles qui connaissent leur séropositivité et celles qui ne bénéficient pas de traitement, alors qu'il diminue chez les employés. Par ailleurs, la diminution du sex-ratio indique une plus grande féminisation des cas de sida qui n'ont pas bénéficié de traitement, l'évolution étant remarquable chez les employés alors qu'elle est absente chez les "sans profession".

Tableau 5 : Répartition des PCS des cas de sida qui **ne bénéficient pas** d'une prise d'antirétroviraux en 1997 et 2000 parmi les cas de sida connaissant leur séropositivité

	Cas de sida connaissant leur séropositivité en 1994	% de ceux qui n'ont pas de traitement antirétroviral	*Sex-ratio des cas de sida sans traitement 1994s*	Cas de sida connaissant leur séropositivité en 1997	% de ceux qui n'ont pas de traitement antirétroviral	Cas de sida connaissant leur séropositivité en 2000	% de ceux qui n'ont pas de traitement antirétroviral	*Sex-ratio des cas de sida sans traitement 1997-2000s*
Agriculteurs	0,6	32	*13-*	0,6	57,1	0,4	66,6	*5,5*
Indépendants	8,9	25,8	*16,5*	8,0	61,2	6,6	61,7	*7,5*
Prof. supér.	10,0	22,9	*13*	6,6	56,1	6,9	51,0	*6,8*
Prof. interm.	14,0	22,4	*4,5*	8,8	52,3	8,4	48,3	*3,3*
Employés	21,3	21,8	*3,3*	20,1	58,6	19,3	44,9	*1,8*
Ouvriers	13,6	27,5	*27,5*	15,6	53,6	15,6	53,1	*13,9*
Sans prof.	29,0	30,1	*1,9*	37,4	52,3	39,9	50,7	*2,0*
Retraités	2,6	19,1	*1,8*	2,9	28,2	2,9	42,8	*4,2*
N	4118 100	1060 25,7	*3,8*	1221 100	665 54,5	711 100	363 51,5	*2,6*

Source : IVS, données actualisées au 31.03.2001

Ce tableau indique une évolution socio-professionnelle des cas de sida qui ne connaissent pas leur séropositivité vers les classes populaires, les personnes sans profession et en terme de sexe vers les femmes. Cette évolution procède de celle observée dans les cas de sida (tableau 2), mais semble l'amplifier.

Si l'on considère le pourcentage de ceux qui ne suivent pas de traitement antirétrovitral, on observe que le nombre de personnes concernées continue de décroître, ce qui indique que la réduction des cas de sida n'est pas simplement imputable aux nouvelles thérapies. A l'exception des catégories aux petits effectifs (agriculteurs et retraités) dont les données ne sont pas significatives, il n'y a pas d'indication saillante quant à un moindre accès pour un groupe uniquement défini par la PCS. Il semble par ailleurs que l'on puisse d'année en année observer un meilleur accès au traitement chez les employés, alors que dans les autres catégories, les variations sont minimes.

Tableau 6 : Pourcentage des cas de sida qui connaissent leur séropositivité et **qui ne bénéficient pas de traitements antirétroviraux** dans chaque groupe de transmission

	1997		2000	
Groupe de transmission	F	H	F	H
Homosexuel	-	54,1	-	46,9
UDI	56,7	49,2	60,0	44,7
Hétérosexuel	57,0	61,7	57,7	51,3
Inconnu du méd.	66,7	53,1	53,3	62,5
Total	57,1	53,6	57,7	48,3

Source : IVS, données actualisées au 31.03.2001

Ce tableau indique assez clairement un moindre accès au traitement chez les femmes, en particulier chez les UDI, alors que l'on sait par ailleurs que les femmes bénéficient d'un meilleur accès aux soins que les hommes. Un autre élément remarquable réside dans le pourcentage important d'usagers de drogues injectables qui ne bénéficient pas de traitement, ceci par comparaison avec le tableau 3 qui montre leur importante connaissance de la séropositivité. Il y a ainsi une probabilité forte que cette connaissance provienne d'un dépistage "obligé" lors d'un suivi médical mais que des problèmes émergent dans la mise en œuvre des traitements.

Tableau 7 : Pourcentage des cas de sida qui connaissent leur séropositivité et **qui ne bénéficient pas de traitements antirétroviraux** dans chaque groupe de transmission selon la PCS en 2000

Groupe de transmission	Ouvriers	Employés	Sans profession et chômeurs
Homosexuel	44,0	46,0	50,0
UDI	46,4	35,0	52,0
Hétérosexuel	62,5	49,1	51,3
Inconnu du méd.	50,0	72,7	60,0

Source : IVS, données actualisées au 31.03.2001

Le croisement de la PCS et du groupe de transmission pour plus de 70% de la population concernée par l'absence de traitement, indiquent l'existence de cas de sida qui n'ont pas

bénéficié de traitement tout en connaissant leur statut sérologique. Nous avons, d'une part, une sur-représentation des "sans profession" (toutes catégories de transmission connue confondues) et, d'autre part, une sur-représentation des ouvriers du groupe de transmission hétérosexuel (celui-ci représentant plus de la moitié des ouvriers). Le taux de suivi chez les employés usagers de drogues par injection renvoie à des effectifs infimes, ce qui ne permet pas de tirer de conclusion, tout comme chez les employés dont la contamination est inconnue du médecin.

Conclusion

Les éléments présentés expriment des tendances générales, issues d'un premier traitement des données de l'IVS qui doivent être approfondies. Ils permettent toutefois de cerner les problèmes d'accès au dépistage et au traitement. Il n'y a pas de relation d'équivalence entre ces problèmes d'accès et la précarité sociale. L'absence d'hétérogénéité radicale entre les PCS suggère des raisons multiples de non-connaissance de la séropositivité avant le sida et de non traitement (selon les conventions de définition des écarts adoptées par l'IVS). Du refus de reconnaissance de situations d'exposition à la perception d'une immunité que conférerait la position sociale -généralement élevée- la gamme des bonnes raisons pour ne pas avoir recours au dépistage est variée. Il en est de même pour le recours aux soins qui présente de nombreuses contraintes, même si les conséquences positives observées sur quelques années sont réelles et perceptibles. Une approche quantitative ne donnera pas accès à ce niveau de l'expérience des acteurs qui permettrait de voir comment, parmi d'autres expériences, la précarité intervient dans les modalités de gestion de la santé.

Toutes ces données font toutefois émerger, de façon massive, des problèmes dans les classes populaires et chez les personnes sans profession, c'est à dire dans les groupes qui bénéficient des ressources économiques, sociales et culturelles les plus limitées. C'est là que s'articule principalement la relation entre le sida et la précarité, la précarité pouvant favoriser un moindre accès aux dispositifs de soin, le sida pouvant être un facteur de précarisation ou de basculement vers des situations de dépendance. Plusieurs éléments se greffent donc les uns aux autres : si les usagers de drogues par injection bénéficient d'une meilleure connaissance de leur séropositivité parce qu'ils sont inscrits dans des dispositifs de surveillance, cela ne signifie pas pour autant qu'ils bénéficient d'un meilleur accès aux traitements. Un constat identique, voire plus affirmé, peut être fait à propos des femmes qui ont un moindre accès aux traitements, plus particulièrement pour les populations étrangères. Les approches qualitatives de chercheurs et de professionnels confrontés à ces situations peuvent donc aider à mieux comprendre la question dont on perçoit l'importance. Parallèlement, il convient de considérer l'amont des manifestations pathologiques du sida pour s'interroger sur une vulnérabilité particulière en matière de contamination qui serait liée à une précarité des conditions de vie.

Marcel Calvez. Laboratoire d'anthropologie et de sociologie
Université Rennes 2. 6, av. Gaston Berger
CS 24 307. 35043 Rennes Cedex
mel : marcel.calvez@uhb.fr

Réduction des risques et sexualité avec et auprès des femmes

Comité Interassociatif de Pilotage[9]

Danièle AUTHIER, chargée de mission à Ruptures
Nadine CHOPIN, coordinatrice du programme « Réduction des risques et sexualité » du Rhône
Sandrine DURAND, évaluatrice de ce programme

Notre objectif : Réduire les risques de grossesse non désirée et de contamination VIH, Hépatites et MST avec et auprès des femmes

I - LE CONTEXTE :

Depuis 1998, devant l'augmentation des contaminations par voie hétérosexuelle et l'évolution du sex ratio des cas déclarés de VIH/Sida, la Direction Générale de la Santé reconnaît la nécessité d'actions et de programmes spécifiques en direction des femmes[10]. C'est dire que l'un des enjeux majeurs de la prévention à l'heure actuelle concerne les femmes dans un mode de relation hétérosexuelle puisqu'on atteint la proportion de 1 femmes pour 3 contaminations[11]. Parallèlement, il est admis qu'aux facteurs physiologiques[12] s'ajoutent des facteurs économiques et sociaux qu'il est nécessaire de prendre en compte puisqu'ils constituent des facteurs aggravants de contamination. C'est, à l'instar de De Koninck, admettre que "*le Sida se propage selon les rapports sociaux de sexe, c'est à dire en fonction de l'inégalité qui existe entre les hommes et les femmes*"[13]. Dans le même registre, et dès 1990, l'Institut Panos constate que l'épidémie VIH/Sida expose les femmes à un triple risque : *"le risque d'être contaminée, de transmettre l'infection à ses enfants et le risque de devoir assumer une charge encore plus lourde en tant que garde malade, rôle qui incombe surtout aux femmes"*[14]

---

[9] *Association départementale du Planning Familial du Rhône, Cabiria, Couples Contre le Sida, Ruptures. Gestion financière des subventions du programme : Cabiria.*

[10] *Dans ce registre : 1/ un programme " Femmes, mon corps m'appartient " a ainsi été initié dès 1998 par l'EMIPS de la DDASS des Bouches-du-Rhône. 2/ Au niveau national, une convention a été signée entre la DGS et le Planning Familial. Ces deux programmes visent la formation de femmes-relais à la "réduction des risques sexuel" auprès de "femmes en difficulté de prévention".*

[11] *Cf. Chiffres 1998 de l'Institut de Veille Sanitaire.*

[12] *A savoir essentiellement : perméabilité de la muqueuse vaginale et du col de l'utérus – qui peuvent être fragilisé-e-s par des MST-, temps de rétention du sperme dans le vagin.*

[13] *"Les aspects psychosociaux, économiques et politique du Sida chez les femmes". Maria De Koninck Ph. D. Chaire d'études sur la condition des femmes, Université Laval, Québec, p 14, 1990*

[14] *The Panos Institute, Triple Jeopardy : Women and AIDS, London, Panos Publications, 1990*

1 - Un travail partenarial initié par des acteur-e-s de terrain

Pour intégrer risque physiologique et dynamique des rapports hommes femmes dans la réflexion des acteur-e-s de prévention, mieux saisir comment et en quoi les femmes sont concernées de façon spécifique par la maladie et définir des pistes d'action efficace, des femmes appartenant à quatre associations se sont mobilisées dans leurs structures locales respectives : l'Association Départementale du Mouvement Français du Planning Familial du Rhône, Cabiria, Couples Contre le Sida et Ruptures. La coordination de ce travail interassociatif a été assurée pendant un an par la Chargée de Mission approche sociale du Sida de la DDASS du Rhône. Le comité de pilotage ainsi constitué début 1999 articule, non seulement les objectifs et les répertoires d'intervention des associations mandatées par l'État dans le cadre de la lutte contre le Sida, les compétences du Planning en matière de contraception, de grossesse et de lutte contre les MST, mais également les savoir faire et les connaissances de terrain des actions de santé communautaire. L'un des enjeux de ce travail partenarial est de sortir d'une injonction préventive limitée à la promotion du préservatif masculin et de repenser et d'articuler prévention du VIH/Sida et réduction des grossesses non désirées. Pour ce faire, la démarche choisie est de partir des besoins prioritaires et des réalités sociales des femmes rencontrées sur les terrains respectifs des associations partenaires.

2 - Un fonctionnement participatif et transparent :

- Un Comité de pilotage. Cet espace de réflexion d'élaboration collective a permis la construction, la mise en place, la réalisation et le suivi d'un programme de formation action "Réduction des risques et sexualité avec et auprès des femmes " bénéficiant de fonds publics (DDASS du Rhône, Politique de la Ville, Conseil Général, Ville de Lyon et privés (Ensemble Contre le Sida). Deux sessions ont d'ores et déjà eut lieu, en 2000 et au début de 2001. Organisées sur trois fois deux journées successives plus une journée de bilan, elles ont permis à 45 participantes de s'approprier les termes d'une démarche de réduction des risques en direction des femmes et à plus de 100 professionnel-le-s du dispositif local de prévention de se sensibiliser aux objectifs du programme[15].

- Un Comité de suivi : composé des membres du Comité de pilotage et des représentantes de structures associatives ou institutionnelles (Associations locales de Lutte contre le Sida, CHRS, Associations de femmes, Conseil Général, DDASS, DRDF, Ville de Lyon, Politique de la Ville…). Cet espace d'échange, qui reste ouvert à d'autres partenaires, permet de rendre compte de l'avancement du programme, d'optimiser le recrutement et de mobiliser plus

[15] Deux demi journées de sensibilisation se sont déroulées les 19 et 26 septembre 2000 pour : situer la réduction des risques et la sexualité dans le contexte général des rapports sociaux de sexe et aborder les alternatives, méthodologiques et techniques, à l'injonction préventive au préservatif masculin.

largement les acteur-e-s du dispositif local de prévention et d'intervention auprès des femmes aux principes de la réduction des risques et de la programmation participative.

II – LA PROBLEMATIQUE

1 - Le constat de base : dans une relation sexuelle, le seul enjeu n'est pas de se protéger des risques de contamination virale ou de grossesse non désirée. Dans une relation sexuelle comme dans toute relation sociale, les enjeux sont multiples et combinent positions et dispositions, mêlent du social et du subjectif. Positions sociales, connaissances, représentations et croyances, proximité, habitudes, valeurs et sentiments sont des opérateurs d'appréciation des risques et la définition du répertoire des dangers est variable non seulement d'une culture à l'autre mais aussi d'un segment de population à un autre. La hiérarchie des dangers et des risques n'est pas la même pour tout le monde, elle résulte du contexte dans lequel elle prend sens pour l'individu, d'autant que, comme le souligne Mary Douglas " les individus sont contraints par ce qu'ils croient vrai ". C'est-à-dire que nous sommes les juges et les opérateurs de nos conduites, mais que nos choix s'inscrivent dans un contexte déterminé par les valeurs qui sont celles de la société dans laquelle nous vivons. Pour résumer, on peut dire qu'il ne suffit pas de connaître les risques de contamination, encore faut-il tenir compte de l'ensemble des mécanismes de mesure et d'appréciation, des processus d'identification et de hiérarchisation des risques.

2 - A partir de ce constat, notre choix est de travailler, dans le cadre de sessions de formation action, à partir des savoirs et des représentations des participantes et de les croiser avec des éléments d'analyse théorique de la réalité sociale pour mieux comprendre les éléments qui forment la trame des situations à risques. Dans cette perspective, le programme est conçu comme une action de discrimination positive qui peut permettre aux femmes de travailler sur les stéréotypes de l'amour, les représentations et les valeurs socialement attribuées à leur sexe pour mieux (ré) agir face aux contraintes morales et sociales qui constituent autant d'obstacles à la prévention

Il s'agit de ne pas faire comme si toutes les positions sociales étaient équivalentes dans une même société, de ne pas se limiter aux risques internes, mais de tenir compte de l'âge, du sexe, de la position sociale, des représentations et des valeurs qui articulent les rapports hommes/femmes. C'est pourquoi nous avons choisi de tenir compte à la fois des risques physiologiques et de la dynamique des rapports hommes femmes et d'initier, avec les professionnelles et les bénévoles qui participent du dispositif local de prise en charge des problématiques sociales et sanitaires des femmes, une approche qui prenne en compte

l'ensemble des facteurs physiologiques et socioculturels qui contribuent à aggraver les risques de contamination dans un mode de relation hétérosexuelle.

III - LA METHODOLOGIE

1 - L'approche développée pendant trois ans au sein du Comité de pilotage est essentiellement fondée sur le partage et l'interaction des savoirs (expérientiel, professionnel, scientifique) la mutualisation des connaissances et des moyens d'évitement existants et/ou à promouvoir en matière de réduction des risques de contamination par voie sexuelle. Il ne s'agit pas seulement de rendre accessibles les outils et les connaissances disponibles, mais surtout d'identifier les obstacles matériels et socio-culturels à l'exercice du droit des femmes à connaître et à disposer de leur corps pour élaborer ensemble des stratégies de réduction des risques adaptées à la réalité sociale. La démarche adoptée repose sur des bases interactives :

- se doter d'une grammaire commune en matière de réduction des risques ;
- s'interroger sur la construction sociale de la sexualité et son impact sur les discours et les comportements de prévention ;
- s'approprier les principes d'une méthodologie de programmation participative.

2 - Agir en " cascades " : La stratégie d'action et de mobilisation repose sur des étapes interactives :

2.1. Mobiliser et former les acteur-e-s du dispositif local à la démarche de réduction des risques en matière sexualité à partir d'un recrutement ciblé :

les participantes des sessions de formation sont des professionnelles ou des bénévoles issues du dispositif associatif et institutionnel local d'intervention auprès des femmes et des publics hétérosexuels : Associations de lutte contre le VIH/Sida, Associations de femmes africaines, Associations spécialisées dans la médiation (Relais Santé Mutualité, Cogelore) CPEF, Centres de dépistage du VIH/Sida et des MST, Centre Départemental d'Hygiène Sociale, Centres d'Hébergement ouverts aux femmes (VIFF, CHRS).

OBJECTIFS OPERATIONNELS :

- Des intervenantes qui connaissent mieux l'anatomie et la physiologie (dont les effets des produits psychoactifs sur le cycle hormonal) ;
- Des intervenantes qui connaissent mieux les maladies, les risques et les modes de contamination par voie sexuelle ;
- Des intervenantes qui connaissent et peuvent présenter l'ensemble des méthodes et des outils de prévention et de contraception sans opposer, hiérarchiser ou séparer contraception, réduction des risques de contamination et MST ;

- Des intervenantes qui tiennent compte des réalités sociales et culturelles pour adapter leurs pratiques aux croyances, aux représentations et aux priorités des publics ;
- Des intervenantes qui peuvent appliquer les méthodes de programmation participative ;
- Des intervenantes qui connaissent et comprennent les logiques et les pratiques d'intervention des partenaires participant du dispositif local de prise en charge des problématiques des femmes.

2.2. Prendre en compte les effets de la dynamique engendrée par les sessions :

La majorité des participantes des sessions réalisées à ce jour[16] ont exprimé leur satisfaction d'avoir pu rencontrer des acteur-e-s intervenant dans des cadres et des registres d'action très diversifiés. Pouvoir échanger leurs expériences respectives tout en se familiarisant avec cette nouvelle démarche que constitue la réduction des risques appliquée au champ de la sexualité leur a aussi permis de se découvrir réciproquement et de mieux saisir les logiques qui les animent. Aussi, elles ont souhaité poursuivre collectivement l'élaboration de leur projet d'intervention en direction des femmes. La dynamique de mutualisation des ressources humaines a donc abouti à la mise en place d'un groupe de travail, qui, à travers les partenariats formels qui ont pu se concrétiser, préfigure la constitution d'un réseau interactif. Ce groupe, composé de 35 professionnelles ou bénévoles, ayant toutes participé à l'une des sessions, continue de se réunir régulièrement pour des demi-journées ou des journées de travail consacrées à :

- élaborer des axes de programmation à partir des perspectives de terrain de chaque participante (objectifs opérationnels, stratégies et méthodes permettant d'avancer dans la mise en oeuvre de projets adaptés au cadre et à l'éthique du registre d'intervention et aux besoins prioritaires des femmes) ;

- mutualiser les expériences menées sur le terrain pour mieux adapter les modalités d'intervention et les messages aux croyances et aux représentations qui font obstacle à l'appropriation des méthodes de réduction des risques ;

- valoriser les résultats obtenus à court et à moyen terme, partager les questionnements nés de la pratique et formaliser des réponses cohérentes.

2.3. Les participantes mobilisent agissent sur leurs terrains respectifs à partir des connaissances et des ressources humaines mises en commun

OBJECTIFS OPERATIONNELS :

- Des femmes qui connaissent mieux leur anatomie, leur physiologie (dont les effets des produits psychoactifs sur le cycle hormonal) ;
- Des femmes qui connaissent mieux les risques et les modes de contamination par voie sexuelle ;

[16] La première session s'est déroulée les 12 & 13, 23 & 24 octobre, 7 novembre et 7 décembre 2000, la seconde les 26 & 27 février, 1 & 2, 12 & 13, mars, 12 avril 2001. Une troisième session est programmée en octobre/novembre 2001.

- Des femmes qui connaissent l'ensemble des méthodes et des outils de prévention et de contraception et qui peuvent choisir et s'approprier en toute connaissance de cause ce qui leur convient ;
- Des femmes qui peuvent partager les savoirs acquis avec l'entourage familial, social, professionnel…

La constitution de ce groupe de travail et les diverses actions menées en partenariat à la suite des sessions, soulignent la nécessité d'une approche globale et pluridisciplinaire pour agir au plus près des priorités des femmes et mieux prendre en compte les éléments qui participent des situations à risques.

Vulnérabilité

Isabelle MODOLO, psychologue à l'Hôpital Edouard Herriot.
Service d'immunologie clinique du Professeur J.L Touraine à Lyon

La vulnérabilité ne qualifie pas un éprouvé gratifiant dans notre société, alors que se sentir comme potentiellement en risque d'être blessé, donc vulnérable, représente la condition sine qua non pour pouvoir se protéger contre une atteinte alors perçue comme comportant un danger.

La clinique qui nous rassemble ici est celle de la pathologie HIV et plus particulièrement de la vulnérabilité à la contamination par le virus HIV. Les récentes études montrent que les comportements à risques sont en augmentation, que le ressenti de la vulnérabilité individuelle s'est émoussé et que l'avènement des multithérapies est venu modifier la perception du danger représenté par le virus HIV. Mon propos ne portera pas sur cette clinique mais sur celle concernant des sujets qui se sentent vulnérables à la contamination par le virus HIV et qui, malgré tout, vont se confronter en permanence à des relations à risques.

Il n'est pas question de qualifier leur comportement comme relevant d'un déni ou de les étiqueter comme étant dans un registre de toute puissance. Ils ont connaissance des modes de contamination et cette connaissance est transférée dans leur sexualité pourtant, ayant de nombreuses relations sexuelles, la protection par le préservatif n'est utilisée que de temps à autre, voire pas du tout. Ces sujets me sont adressés par les CIDAG. Le fait qu'ils s'y rendent montre bien qu'ils sont sensibles aux risques et inquiets d'être contaminés. D'autres encore demandent une prise en charge psychologique après avoir eu connaissance de leur séropositivité.

Comment peut-on comprendre cette situation qui se présente sous l'allure d'un paradoxe: se savoir et se sentir vulnérable à l'égard de situations identifiées comme potentiellement dangereuses, se reconnaître dans l'incapacité de pouvoir se protéger et, dans le même temps, se confronter de manière répétitive au danger ? Cela n'est pas sans évoquer l'histoire singulière d'Achille, le héros mythique de la Guerre de Troie.

Achille le héros mythique.

Achille n'était pas sans connaître sa vulnérabilité et chacun sait que celle-ci était circonscrite sur son talon droit, c'est par là seulement que le trépas pouvait s'insinuer. Pourtant, lui aussi, s'est en permanence confronté à des situations dans lesquelles les risques encourus étaient extrêmes, risquant ainsi à chaque instant de mettre sa vie en péril. Pour nous tous, cela apparaît "ahurissant" que d'aller se mettre délibérément en danger par la mise à l'épreuve du seul endroit vulnérable de sa personne. Cet Achille guerrier au comportement héroïque, ce combattant fougueux dont la bravoure et la vélocité ne cessent d'être louées par tous, celui-là qui guerroie comme personne, nous est présenté comme ayant fait le choix d'une vie courte mais auréolée de gloire. Deux temps concerne la vie d'Achille. Le premier, où son comportement semble relever du choix de vivre une vie courte mais glorieuse, guerroyant au sein d'une guerre présentée comme noble et chevaleresque. Le second , où l'on assiste à un retournement qui va nous faire entrevoir ce qui le meut sous un jour différent. C'est la mort de Patrocle, tué par Hector, qui sera à l'origine de ce mouvement de bascule. Ainsi, la mort de son ami, de son double, va le plonger dans une colère incommensurable et il n'aura de cesse que de le venger. Mais la mort d'Hector ne parvenant pas à l'apaiser, il va s'acharner sur son cadavre, en le traînant attaché à son char jusqu'à ce que sa dépouille soit méconnaissable.

Achille inflige ses sévices à Hector.

Écoutons ce qu'en dit JP Vernant. «*Suivant la pente naturelle de la violence, la guerre, noble d'abord et chevaleresque, avec son haut idéal, ses règles, ses interdits, s'ouvre au déchaînement progressif de la sauvagerie. Quand la bestialité l'a tout entière envahie, les héros des deux camps sont transformés en bêtes sauvages, en rapaces prédateurs qui, dans leur furie guerrière, traitent l'ennemi non plus en partenaire d'un affrontement loyal, comme un homme autre, mais comme une chose, une proie dont on veut dévorer les chairs toutes crues* ».

La chiennerie que dissimule la guerre fait en quelque sorte surface dans les propos et les conduites des héros qui ne se contentent pas de triompher au combat mais qui s'acharnent sur le vaincu, mutilent, découpent, dispersent son corps, le privent de sépulture, le livrent aux chiens et aux oiseaux faute de le dévorer eux-mêmes, comme si dans la guerre il s'agissait moins de vaincre, ou même de tuer, que de détruire dans l'ennemi jusqu'à la dernière trace d'aspect humain, d'anéantir son être social et personnel en le rejetant à

jamais hors de la culture à laquelle il appartient, dans un non-être de chaos. Cette complète perversion du monde de la guerre s'exprime par le thème de l'outrage au cadavre, qui s'élargit peu à peu et culmine dans les sévices que, avec un acharnement d'obsédé, Achille, tel un prédateur rivé à sa proie, inflige à Hector après l'avoir tué.

Nous sommes ici en pleine sauvagerie, en pleine impureté, car l'impureté n'est pas de tuer l'ennemi au combat. L'impur est de lui refuser la mort, la "belle mort", de le rejeter et de se rejeter du coup soi-même en dehors de la culture dans le chaos.

La mort de Patrocle réveille les affects liés au traumatisme initial.

La mort de Patrocle fait donc basculer Achille ; il est hors de lui, il ne combat plus selon les lois qui régissent la guerre, d'ailleurs il s'en retire, il se coupe du temps présent pour aller mener un combat personnel dont les racines le plongent dans un autre temps, le temps de l'infantile. Il se coupe de l'Histoire pour rencontrer la sienne, à moins que ce ne soit la sienne qui ne finisse par surgir là où il ne l'attendait pas. La violence qui l'anime n'a plus rien à voir avec celle du guerrier, elle émane du plus profond de son être. C'est une violence archaïque qui le submerge totalement.

On peut faire l'hypothèse que la mort de son cousin, son ami, cet autre lui même mais moins fort que lui, celui qu'il aurait pu être s'il n'avait été greffé d'un tendon de centaure, vient réveiller chez Achille les affects liés au traumatisme de jadis. Son double tué aujourd'hui amène sur le devant de la scène psychique une colère dévastatrice jusque là ignorée d'Achille lui-même.

Cet affect bruyant, déferlant, ravageant tout sur son passage, n'aura pas pour lui une dimension thérapeutique, car il reste déconnecté de ce qui a fait le traumatisme, au sens où personne ne fait pas le lien entre son histoire singulière et le présent. La vulnérabilité d'Achille est en fait contenue dans son histoire, dans ce qui a constitué un traumatisme dans un temps où son moi, encore immature, n'a pu faire face à la violence de ce qui l'assaillait.
Au moment où les affects attachés au traumatisme éclatent en lui, il devient d'une vulnérabilité extrême, il ne maîtrise plus rien de ce qui se passe en lui, puisqu'au mépris des règles guerrières il va commettre cet outrage sur le cadavre d'Hector qu'il va traîner derrière son char jusqu'à détruire la dernière trace d'aspect humain. Outrage qu'il payera de sa vie, puisque la colère des Dieux Zeus et Poséidon guidera la flèche de Pâris, qui l'atteindra au talon.

Le traumatisme archaïque.

On se demande alors ce qui peut surgir aujourd'hui qu'il ne puisse contenir, à quelle violence cet acharnement répond- il ? Cet acharnement là, c'est Achille lui-même qui en a été l'objet à sa naissance. Thétis, sa mère, est une déesse unie à Pélée, un mortel. Avant Achille, elle avait donné naissance à sept garçons. Thétis ne pouvant se résoudre à ce qu'ils soient mortels comme leur père, les plongeait dans le feu afin de les rendre immortels, afin que se consume toute cette humidité porteuse de corruption et qui fait que les humains ne sont pas purement une flamme éclatante. Tous ont péri dans le feu, au grand désespoir de leur père Pelée. Achille doit à son père d'avoir été sauvé, puisqu'il l'a rattrapé alors que le feu n'avait touché que ses lèvres et son talon, talon qu'il a remplacé par celui prélevé sur un centaure extrêmement véloce dont le cadavre a été déterré pour lui.

Depuis lors, la vulnérabilité d'Achille est symbolisée par son talon mais c'est à l'histoire contenue dans son talon qu'il est vulnérable et plus particulièrement à ce qui dans son histoire fait traumatisme. En l'occurrence, on peut parler d'un traumatisme archaïque, dont il conserve la trace physique mais pas le souvenir connecté à ses affects, d'une violence qu'il n'a jamais pu symboliser, s'approprier, subjectiver. A la violence de l'effraction subie tenterait de répondre la violence retournée vers l'autre. Sur Hector est projetée l'image de sa mère attentant à sa vie, lorsque celui-ci tue son double Patrocle. Il va reproduire sur la dépouille d'Hector ce qu'il a subi, lui faisant vivre activement ce qu'il a subi passivement.

L'objectif de Thétis, sa mère, n'était pas de le tuer, "elle ne lui voulait pas de mal", pourrait on dire, elle n'était pas animée de mauvaises intentions. Seulement, elle ne pouvait l'investir tel que né, c'est à dire mortel. Le traumatisme d'Achille est certes d'avoir été jeté dans le feu par sa mère mais il résulte surtout de la violente impossibilité maternelle à pouvoir investir un enfant porteur des failles humaines, allant jusqu'à le tuer. Cet impossible investissement l'a poussée à risquer de le tuer, ce qui s'était antérieurement produit avec ses sept autres enfants.

L'agonie primitive.

Le talon est donc la trace physique de la blessure psychique inscrite dans son corps ; la vulnérabilité d'Achille contenue à l'endroit du talon serait en quelque sorte métaphore de la trace psychique du traumatisme vécu jadis et qui n'a jamais pu faire l'objet de

symbolisation psychique. Son talon porte la marque de ce que Winnicott nomme “l’agonie primitive”, cet éprouvé de mort psychique qui a eu lieu en un temps où le moi était encore immature et n’avait pas à sa disposition les moyens de contenir le surcroît d’excitation, c’est à dire au moment où, tout juste né, Thétis le plonge dans le feu. Le moi n’a alors pas d’autre défense que de se retirer de l’expérience, se cliver pour survivre, mais cela ne signifie pas que cette expérience traumatique ne se soit pas inscrite, qu’elle n’ait pas laissé de traces internes, ici métaphorisées, localisées dans le talon, et que celles-ci influencent, dans le présent, son mode d’être en relation avec les autres.

Après un traumatisme “non dépassé” que le sujet n’a pu s’approprier, le mode de relation aux autres sera infiltré, pétri des traces laissées par le traumatisme. Bien que le sujet n’ait pas de souvenirs, le travail thérapeutique consistera à reconstruire le traumatisme, oublié, perdu. L’une des défenses contre le traumatisme est la répétition : le moi est soumis à répéter le traumatisme subi pour tenter de le maîtriser.

Faire la guerre, combattre, tuer ou être tué n’est pas du registre du choix mais relève de la contrainte de tenter de maîtriser la violence dont il a été l’objet. Il remet au présent le traumatisme sans pouvoir le reconnaître consciemment ni le qualifier comme un événement traumatique. Combattre en permanence, c’est faire l’épreuve du feu, c’est à dire frôler les limites de la vie, de la mort, tenter en permanence de toucher la limite impalpable, ce par quoi il est déjà passé. En même temps, la répétition actuelle comporte une tentative de liaison par la perception et une tentative d’usure de la charge traumatique.

Ainsi, faire le choix d’une vie courte mais glorieuse représente un compromis entre vivre et être immortel, car mourir en héros consiste à rester immortel dans le souvenir de tous ; c’est mourir dans les feux de la gloire, briller d’un éclat qui tente d’égaler les Dieux.

La vulnérabilité actuelle masque une vulnérabilité ancienne.

Le lien avec la clinique qui nous rassemble aujourd’hui est l’idée que la vulnérabilité actuelle, celle qui se présente, à première vue, dans le corps et dans l’acte sexuel - comme Achille dans le talon - en masque une autre, plus ancienne, qui continue d’être agissante et d’influer sur la vie du sujet, dans ses comportements et ses relations aux autres. En quelque sorte, le risque aujourd’hui est lié à une blessure psychique que le moi d’hier immature n’avait pas les moyens de symboliser.

Dans un premier temps, les patients nous parlent de leur sexualité comme relevant d’un choix, du choix de mener une vie exaltante, faite de rencontres multiples. On pourrait

parler de conquêtes de partenaires, d'une forme de gloire à être identifié comme un séducteur, comme celui qui sait user des armes de la séduction pour réduire l'autre à soi, le soumettre à son désir en l'entraînant dans les rets du plaisir. Un événement particulier dans la vie vient alors retourner la perception que le sujet a de sa vie et de ses conduites. Il peut s'agir de l'annonce de la contamination, du décès d'un ami ou de tout autre événement prenant valeur singulière pour le sujet. C'est alors que la demande de travail psychothérapeutique s'origine.

Les conquêtes, qualifiées hier de plaisir, se transforment en quête anxieuse de partenaires et sous la gloriole du séducteur point l'inquiétude de ne plus plaire, l'angoisse de l'abandon. Alors, le discours prend une tournure différente : sous la conquête en des lieux de drague s'entend, en filigrane, l'errance angoissée qui ne peut plus se taire.

La carte du tendre est méconnue.

L'espace public, donc ouvert, est particulièrement pratiqué à la nuit tombante "entre chien et loup". Il s'agit souvent des berges des fleuves, des parcs et jardins des villes, des endroits désaffectés aux abords des villes ayant à la fois un espace ouvert, propice à la rencontre et des endroits plus «abrités». Le "jeu" consiste à rechercher un partenaire sexuel ; ici, seul le regard compte : être capté ou capter le regard d'un autre pris lui aussi dans l'errance et s'assurer d'y bien lire en lui une quête en tous points pareille à la sienne. Le regard ici est un regard qui déshabille, puis pénètre l'autre et se laisse pénétrer par lui ; le regard est à la fois flèche décochée en direction de l'objet de ses désirs en même temps qu'il l'invite à pénétrer en soi, regard qui blesse ou invite, en tous les cas transgresse.

Le jeu de regard tend alors à instaurer la confusion jusqu'à s'assurer de l'éprouvé, c'est à cette condition seulement que la rencontre (qui n'en est pas vraiment une) pourra avoir lieu dans un espace protégé, abrité du regard, presque clos, en tous les cas plus sombre. Il peut s'agir de constructions architecturales sur les berges des fleuves offrant des sortes de «cavernes» évoquant la protection du giron maternel ; les piliers des ponts sur les quais sont recherchés, là où les cours d'eaux les caressent et les lèchent de leurs remous incessants. Ces bruits, ces fonds sonores ambigus parce que rassurants et angoissants tout à la fois, enveloppent les partenaires dans un espace hors de l'espace et dans un temps hors du temps. Un temps d'avant le temps, un temps quasi fœtal où les bruits ambiants parviennent déformés ou assourdis. Ces lieux forment un décor autorisant la mise en scène d'une régression savamment reconstruite.

D'autres lieux, que l'arrivée du sida a conduit dans un premier temps à la fermeture, offrent un cadre tout aussi propice à la régression fantasmatique. Il s'agit des « back-rooms » que M Foucault nommait, avant que d'en connaître l'orthographe exacte, des "black-ground". Mais son erreur a valeur de lapsus et s'avère chargée de sens. Ce sont des arrière-salles de bars pour clientèle gay. Dans ces endroits, les rencontres se font dans la pénombre, voire dans le noir, le regard n'y est pas de mise. La multiplicité des hommes ici rassemblés dans l'obscurité autorise le passage à l'acte du fantasme et de toutes les transgressions possibles. Le désir quasi halluciné peut advenir dans le jeu des sensations éprouvées dans les jeux sexuels et prendre forme et réalité dans les excitations provoquées. Ainsi, la recherche de la fusion tend à s'éprouver au plus près, rendue possible par la confusion des corps s'offrant dans le morcellement de leurs zones érogènes. Ici, seuls souffles, cris et gémissements ont droit de citer.

Que disent ces mises en scènes?

La question qui est la nôtre est de savoir de quoi nous parlent ces mises en scènes, en quoi elles nous parlent de ce qui se passe au plan intra psychique, en quoi elles nous disent "en acte" ce que les sujets vivent et ont vécu dans leurs relations précoces et quelles traces elles ont inscrites psychiquement. L'aspect dominant est la problématique du lien, du traumatisme de l'attachement d'un lien à l'autre qui n'a jamais pu se constituer dans l'enfance et plonge ses racines dans l'archa ï que. Or s'il n'y a pas d'attachement il ne peut y avoir détachement mais errance d'un sujet à l'autre, un sujet que l'on pourrait plus précisément nommer un objet partiel. C'est ce qui me faisait dire tout à l'heure que ces rencontres ne sont pas vraiment qualifiables de rencontres.

Ainsi, le sujet peut se retirer de la relation et s'investir ailleurs, apparemment sans souffrance. La relation sexuelle n'est pas sous-tendue par un sentiment, un éprouvé amoureux, qui serait plutôt celui du désespoir infantile s'il pouvait s'exprimer. Souvent, elle n'a que l'aspect extérieur d'une relation où l'autre n'est pas reconnu dans sa dimension d'altérité. L'autre, d'ailleurs, ne s'y fait pas non plus reconnaître puisque sa quête est un miroir. Le cadre créé permet le déroulement d'un scénario fondé sur l'auto-érotisme où l'autre, bien que réel, est dénié dans le fantasme de chacun des partenaires. La question de la contamination ne peut donc pas se formuler car elle demanderait de se poser comme relevant d'une transmission, c'est à dire d'une relation entre sujet et objet.
Seule la jouissance sexuelle est recherchée. Elle provoque dans le temps pulsionnel de la décharge un éprouvé d'existence rassurant qui tente de maintenir à distance ce sentiment de mort interne qui taraude le sujet. Mais l'après-coup de la jouissance est douloureux puisque rien n'est venu nourrir ni étayer le moi dans l'acte. Il est alors nécessaire de répéter indéfiniment le même acte toujours vain. L'utilisation addictive de l'acte sexuel

tente de tenir à distance les éprouvés d'angoisse, de dépression, de colère et de violence que le moi ne peut contenir. Les affects dépressifs sont présents mais ne peuvent pas toujours être reconnus. C'est, nous dit F. Brette, l'activité déployée pour les nier qui en témoigne.

Relation excessive à la mère.

Pour ces sujets, il faut tenir debout parfois au mépris de l'autoconservation. L'acte sexuel offre une décharge à ces affects où la tension affective est insupportable. Éternellement, le sujet élabore une mise en scène lui permettant de retrouver l'investissement maternel dans une tentative d'abréaction, pris en tenaille entre la nostalgie et la haine. On repère chez ces patients un mode de relation à la mère qui se caractérise par l'excès. Les relations précoces maternelles sont marquées du sceau du trop ou du pas assez. La surprotection, la mère trop bonne, trop présente, une mère excitante ou envahissante, risque d'induire dans le psychisme de son enfant un manque à représenter. Si elle est tout le temps là, pour de vrai, il ne peut s'essayer à la retrouver en lui pour contenir ses affects bruyants lorsque ceux ci s'expriment. Une mère trop absente ou trop ambivalente, non fiable ou imprévisible laisse l'enfant livré à une violence pulsionnelle difficile à endiguer, qui va se décharger sur un mode plus ou moins anarchique dans des auto-érotismes primaires.

Les relations précoces s'étant inscrites en «tout» ou «rien», la conflictualité nécessaire dans les relations interindividuelles n'a pu se constituer : on quitte «l'un» pour retrouver.«l'un». Ainsi, ce qui fait traumatisme va se caractériser par l'excès, ce qui fait effraction va se vivre comme un trop plein d'excitations qui restera énigmatique pour le sujet comme quelque chose à laquelle il ne parvient pas à donner sens. Pour illustrer, on peut dire que le très chaud ou le très froid produiront le même effet : ça brûle et notre peau ne sera pas capable de discriminer la différence.

Quand c'est trop pour le Moi, il faut que ça se décharge. Le recours à l'auto-érotisme, dans l'acte de décharge qu'il procure, prend alors une valeur apaisante et calmante mais ne sera pas suffisante. C'est ce qui peut continuer de se jouer sur les lieux de drague à l'âge adulte. Souvent, dans le temps de «l'après relation» la sexualité est, sur ces lieux, traduite comme étant dégueulasse, sale, mise en scène dans des endroits marginaux, comme les alentours des pissotières, renvoyant une image de relations référées à une sexualité anale et dominée par des pulsions prégénitales. Ce vécu provoque alors une souffrance où tendrait à s'amorcer un mouvement dépressif insupportable pour le moi, parce qu'il ne se sent pas avoir la capacité de le surmonter. Comme jadis, l'image d'une relation maternelle qui permettrait de le contenir n'a pu être internalisée. La perception de l'infantile réveille une blessure narcissique qu'il faut nécessairement tenir à distance.

Pour conclure, il faut préciser que c'est rarement un événement particulier qui va être traumatique pour l'enfant mais plutôt le mode d'investissement des parents à l'enfant, lequel va se dire non pas en mots mais en acte. C'est donc le mode de relation biparentale à l'enfant qui sera traumatique. Dans le cas d'Achille, on peut se dire que l'acte de l'avoir jeté dans le feu est le symbole, sur un mode condensé, du mode de relation de Thétis à son fils Achille. Si on devait en rendre compte dans une clinique du quotidien, cela se traduirait par une certaine manière de porter l'enfant qui pourrait se sentir toujours en limite de tomber : une manière de ne pas contenir, une manière d'être en décalage avec son rythme, de ne pas reconnaître sa détresse, de refuser ses failles, de lui faire honte. En définitive, il arrive que chez nos patients la contamination par le virus HIV représente en quelque sorte ce que le talon a représenté pour Achille.

Bibliographie

VERNANT J-P. *L'univers les dieux les hommes.* La librairie du XXème siècle, Seuil 1999.

VERNANT J-P *Entre mythe et politique*. Essais Point Seuil, 1996.

GRAVES Robert *Les mythes grecs.* Fayard, 1997.

ROUSSILLON René. *Agonie, clivage et symbolisation.* PUF, 1999.

Revues

Revue Française de psychanalyse 1988 n°6 : BRETTE Françoise *Le traumatisme et ses théories.* 1259

Actes de la recherche en sciences sociales sur la sexualité.

Pierre Olivier DE BUSSCHER, Rommel MENDES-LEITE et Bruno PROTH *Lieux de rencontre et back-rooms.* p 24-28, 28 juin 1999, Seuil.

DEA

Isabelle MODOLO, *Le sida, une Fronce dans le pli.* Université Lyon 2, 1996.

Trajectoires singulières et exposition aux risques : le point de vue clinique

La vulnérabilité sociale comme concept central

Par François DELOR, Facultés Universitaires Saint-Louis, Bruxelles

Aujourd'hui, les termes “vulnérable” et “vulnérabilité” sont fréquemment utilisés dans le cadre de la recherche en sciences sociales et de la prévention de divers risques. En même temps, on doit être attentif au fait que cette qualification de “vulnérable” est appliquée à diverses entités sociales. C'est sans doute pourquoi certaines difficultés ne manquent pas de surgir lorsqu'il est question d'appliquer le concept de vulnérabilité à des situations concrètes. Il est pourtant essentiel que, tant les acteurs des organismes communautaires engagés dans la prévention des risques de discrimination ou d'exclusion, que les décideurs politiques responsables des choix stratégiques soient capables de rendre compte en profondeur et avec rigueur des caractéristiques effectives de situations au cœur desquelles des individus ou des groupes se trouvent davantage vulnérables à l'égard de divers risques.

A défaut, le concept de vulnérabilité risque de perdre - par l' emploi de plus en plus fréquent et imprécis qui en est fait - sa capacité heuristique et sa pertinence politique et pratique.

L’impression dominante est que la prise en considération et la construction sociale (Hubert, 1989, 1991) d’un risque au sein d’une société est un processus qui se structure en tension constante et à plus ou moins grande distance des situations de vulnérabilité effectives. On pourrait même dire que la construction sociale dominante du risque participe, par la distance d’avec les vulnérabilités concrètes, à l’accroissement de celles-ci.

1. Quelques considérations préalables au sujet de la vulnérabilité.

1. 1. La vulnérabilité est socio-différentielle.

Tout d'abord, il faut rappeler que la vulnérabilité est avant tout un concept susceptible de rendre compte des différences entre les individus. Un individu n'est pas vulnérable en lui-même mais il est, par rapport à un danger donné, plus ou moins vulnérable qu'un autre. L'étude de la vulnérabilité nécessite donc une approche socio-différentielle qui prend pour unité d'analyse les rapports et les différences entre les individus. Ce point de vue

s'éloigne des approches qui prennent pour objet l'individu ou les caractéristiques individuelles. Les premiers niveaux de différenciation sont le niveau inter et le niveau intra-individuel. L'étude des vulnérabilités doit tout d'abord porter sur l'examen rigoureux et précis des différences entre les individus. En effet, à ce niveau d'analyse, certains éléments peuvent être directement observables, avant toute forme de généralisation ou de (re)construction sociale de catégories.

L'analyse des différences inter-individuelles ne disqualifie pas les analyses qui peuvent être menées à d'autres niveaux (différences entre différents groupes, entre différents contextes ou entre diverses sociétés par exemple). Des analyses à des niveaux de généralité plus élevés ne peuvent cependant être menées avec finesse et pertinence que si le chercheur ne fait pas l'économie d'une analyse inter-individuelle. En effet, à défaut, les descriptions des différences inter-groupes ou inter-société reproduisent - et parfois en les amplifiant - les généralisations ou amalgames à partir desquels se prononcent des formules à la fois vagues et peu pertinentes du point de vue pratique telle, par exemple, celle qui consiste à dire que les femmes sont “en général” plus vulnérables que les hommes ou que les homosexuels sont plus vulnérables que les hétérosexuels.

Pour le formuler autrement, l’existence d’écarts inter-individuels, même minimes, (comme c’est le cas par exemple lors de catastrophes naturelles qui touchent une région entière), oblige à ne pas disqualifier l’individu lui-même comme interlocuteur et acteur social. A ces différences inter-individuelles, s’ajoutent les différences intra-individuelles dans la mesure où le même individu n’est pas identiquement vulnérable selon les contextes où il s’inscrit, selon les relations dans lesquelles il est engagé et selon les moments de sa trajectoire.

Un troisième niveau dépasse à son tour le niveau inter-groupe pour prendre en compte la société dans son ensemble. Ce glissement, qui est sans conteste motivé aussi par des raisons éthiques, ne manque pas de soulever quelques difficultés. En effet, en accédant à un tel niveau de généralité, il devient impossible de prendre en compte avec précision les situations concrètes de vulnérabilité.

1. 2. La dimension spatiale des vulnérabilités.

Une deuxième considération vise à mettre en évidence que la vulnérabilité globale d'un individu, de groupes ou d'une société à un moment donné, doit être comprise comme un espace d'intersection entre plusieurs zones de vulnérabilité, chacune de ces zones étant par ailleurs relative à un risque particulier. Ainsi, un jeune est davantage vulnérable par rapport à ses parents en ce qui concerne ses revenus mais il peut être moins vulnérable

qu'eux en matière de santé. Il peut être vulnérable à un moment de sa trajectoire parce qu'il a eu des échecs scolaires. Il peut être moins vulnérable à d'autres moments parce qu'il a gagné une compétition sportive ou qu'il a une réussite sur le plan amoureux. Il est important de tenir compte de l'ensemble des risques et de la situation de vulnérabilité particulière face à chacun de ces risques.

2. La dimension processuelle ou temporelle des vulnérabilités.

Enfin, une dernière considération est celle qui met en évidence la dimension temporelle ou processuelle de la vulnérabilité. La notion de trajectoire tente d'en rendre compte. Il s'agit cependant d'une vision trop partielle à laquelle il est utile d'adjoindre trois points de vue complémentaires, à savoir ce qui concerne l'exposition au risque (exposure), la capacité de mobiliser des ressources pour y faire face (capacity) et l'étendue des conséquences en cas de réalisation du risque (potentiality). Il s'agit là des trois concepts dégagés par Watts et Bolhe, à savoir exposure, capacity and potentiality (Watts and Bohle 1993).

Cette dimension processuelle est essentielle dans la question qui nous occupe. La question que nous devons nous poser est bien entendu de savoir de quel risque il est question : si l'homosexualité est définie comme risque, l'exposition au risque est sans doute le niveau de vulnérabilité le moins “gérable” dans la mesure où les études sur les facteurs ou les causes de l'homosexualité ne permettent pas de rendre compte avec rigueur d'un “degré d'exposition”. C'est pourtant à cet endroit que des hypothèses sont formulées, que ce soit celle de la contagion possible ou de l'exemple, voire de la transmission quasi génétique ou de l'héritage.

Si par contre, le risque défini est celui d'une position dépressive ou suicidaire face à l'émergence d'une préférence dite minoritaire, analyser le degré d'exposition au risque nécessite de prendre en considération le contexte social dans lequel la préférence émerge.

L'ensemble de cette grille d'analyse correspond à l'effort de rendre compte en profondeur de la vulnérabilité dans une approche constructiviste de la complexité, telle que nous en avons mentionné l'exigence dans le premier chapitre de ce rapport. Elle permet surtout de dépasser la description de certains risques particuliers pour les réinscrire à l'intérieur d'un processus complexe qui donne tout son relief à l'influence décisive d'un cumul de vulnérabilité à divers niveaux.

3. Un détour par le champ de la santé mentale et de la schizophrénie : vulnérabilité

et destin dans le champ de la santé mentale.

Le champ de la santé mentale peut sembler très distant de celui des désastres naturels ou des questions ouvertes par la structuration identitaire de personnes homosexuelles. Pourtant, un certain nombre de points d'intersection méritent d'être relevés : tout d'abord, dans un premier sens, les désastres et les catastrophes ont souvent été décrits comme “trauma” et reconnus comme causes de diverses modalités de désordres mentaux (Demoulin, 1997; Vandervecken, 1997; Vereecken, 1997). De même, l'exclusion sociale ou l'exposition au risque d'exclusion de certaines catégories de personnes a été décrite comme accroissant considérablement l'incidence de diverses pathologies, parmi lesquelles des pathologies mentales. On a également mis en évidence dans des études au sujet de la séroprévalence HIV que des troubles mentaux pouvaient survenir chez des personnes atteintes, en fonction des tensions identitaires causées par l'irruption du virus (Cournos *et al.*, 1991).

L'étude de la schizophrénie, exemple pour faire le lien entre hostilité de l'environnement, tensions identitaires et troubles de santé.

De plus, il semble que beaucoup d'auteurs qui tentent de comprendre le développement de certaines maladies mentales conviennent de l'intérêt de prendre la schizophrénie comme “pathologie paradigmatique” dans la mesure où celle-ci peut être considérée comme un bon exemple, à partir d'une approche compréhensive, d'une maladie qui représente un mode d'adaptation psychique et social à un environnement considéré comme particulièrement hostile. Cette approche me semble particulièrement féconde pour faire le lien entre hostilité de l'environnement, tensions identitaires et troubles de santé. Il n'est donc pas sans intérêt de se souvenir du travail théorique accompli pour parvenir à la formulation de cette perspective compréhensive en matière de santé mentale et d'adaptation à l'environnement.

L'année 1920 représente le début de cette perspective novatrice, sous l'influence des travaux de psychiatres européens tels que Binswanger, Japsers, Ey ou Minkowski, qui furent tous inspirés par les travaux phénoménologiques de Husserl. A la suite de leurs travaux, la schizophrénie fut considérée comme une possibilité humaine plutôt que comme un désordre ou un accident, c'est à dire traduite en qualité de ressource paradoxale. Cette conception s'accorde avec celle que nous avons proposée ci-dessus lorsque nous avons abordé la question du symptôme et de la qualité de “partenaire” que celui-ci pouvait tenir. D'une certaine façon, la schizophrénie est conçue comme “symptôme” majeur et “partenaire” majeur, offrant au sujet un support social et une protection.

Analyser le quotidien des personnes de manière à mettre en évidence les systèmes

complexes de relations entre divers facteurs.

Cette perspective est plus répandue aujourd'hui qu'hier et certains auteurs américains, influencés par Alfred Schutz, étudiant de Husserl qui avait émigré aux Etats-Unis, sont particulièrement actifs dans cette direction. John S. Strauss (1997), Larry Davidson (1992, 1994), Osborne P. Wiggins (1997), et James Phillips (1997) sont certainement les représentants les plus connus de cette tradition. En suivant pas à pas les conseils d'une phénoménologie teintée de pragmatisme, ils proposent une analyse très fine du quotidien des personnes, de manière à mettre en évidence les systèmes complexes de relations entre divers facteurs, d'une part, et les interactions entre la personne elle-même et le "désordre" au coeur d'un mécanisme processuel comportant des risques de "brisures", d'autre part.

Ainsi, selon Strauss (1997, p. 260), la schizophrénie est une forme de déplacement ou de rupture du point d'équilibre - toujours mouvant par ailleurs - d'un processus continu de construction (building) et de maintien (maintaining) de la carte intérieure (the internal map) qui montre au sujet qui il est, comment le monde fonctionne et comment entrer en contact avec autrui, dans le but de permettre une adaptation (to cope with) à la complexité de l'existence. Il est d'une certaine façon question de prolonger par un point d'équilibre interne, structure de prévisibilité, le "minimum de bienveillance" (Winnicott) nécessaire pour un investissement subjectif.

Le délire, dans ce qu'il donne à comprendre, permet d'interroger d'autres situations de tension extrême pour examiner les modalités de solution.

Lorsque cette carte intérieure ou cette structure administrative centrale comprenant cognition, sentiments et perception tombe en panne, se grippe, que ce soit pour des raisons psychologiques, biologiques ou sociales, et le plus souvent en lien avec une chaîne complexe d'éléments appartenant à ces divers niveaux, le sujet devient extrêmement désorienté. Il essaie sans relâche de recoller les morceaux éparpillés de son expérience pour prévenir des dommages futurs et le sentiment de menace subjective qui l'envahit.

En ce sens, comme le formule Lacan, le délire n'est pas le problème mais il représente plutôt la tentative d'apporter une solution langagière au problème d'éclatement subjectif, redonnant une structure discursive à l'endroit où le langage de l'autre, c'est-à-dire le discours social est perçu comme persécuteur. Le délire est bien entendu une forme extrême de "solution discursive" mais ce qu'il donne à comprendre permet sans doute d'interroger d'autres situations de tension extrême pour alors examiner les modalités de solution qui s'offrent effectivement au sujet en dehors de solutions dites "pathologiques". Cette

question est d'autant plus importante que bien des réactions subversives, c'est-à-dire qui visent à mettre radicalement en cause la violence du discours social qui produit l'éclatement identitaire, sont considérées comme des propositions folles, classées d'emblée dans la catégorie des discours inaudibles ou insensés.
La schizophrénie, dans cette approche compréhensive, est au contraire considérée comme cette tentative de resituer l'événement et la brisure à l'intérieur d'une chaîne ou d'une structure qui puisse lui donner un certain sens, de manière à protéger la nécessaire projection dans le futur. La construction sociale de la réalité est ainsi une action continue et un projet structuré, même si le résultat discursif de cette opération est un discours considéré comme “fou”. La dynamique de cette “écriture” de soi à soi est tendue entre le sentiment insupportable d'être radicalement différent, à part, sentiment dont les entretiens nous ont montré la prévalence chez les jeunes gays, et le sentiment d'être le même, c'est-à-dire non différencié. Cette conception est proche de la conception de Ricoeur (1983). L'adolescence, on l'a vu, est un moment où cette tension entre les deux pôles s'exacerbe. Il s'agit d'être bel et bien différent et, en même temps, bel et bien inclus.

La schizophrénie, par exemple, peut être considérée comme un mode particulier d’adaptation au risque majeur de dislocation ou de désintégration identitaire.

A partir de cette conception, la schizophrénie, sans doute, mais aussi la dépression majeure, le suicide ou le sentiment général d'une étrangeté ne doivent plus être considérés comme des événements ou des accidents imposés de l'extérieur, dans une version déficitaire de la pathologie, mais plutôt comme des modes particuliers d'adaptation au risque majeur de dislocation ou de désintégration identitaire. L'aliénation est alors le fruit du manque d'appartenance, reconnaissance ou inclusion sociale, les deux extrêmes où elle se rencontre étant l'impossibilité de s'affirmer différent, capture morbide dans la répétition, et l'impossibilité de se reconnaître comme semblable.

Ici à nouveau, on retrouve la question de l'énoncé métaphorique : le sujet aliéné est celui qui échappe à toute possibilité de proposition de soi sur le mode métaphorique, incapable de s'affirmer différent par le fait d'une réduction ou d'une crainte identitaire ou, au contraire, se percevant, au moment où il se parle de lui à lui-même, comme incompréhensible pour autrui, étrange et étranger, imprononçable. L'injure ou l'invitation identitaire restrictive fonctionnent symétriquement comme “dictionnaire” aliénant. Il me semble que c'est d'ailleurs le sens du travail de Pringuey (1997, p. 357) au sujet de ce qu'il appelle l'impatience schizophrénique, dans laquelle il distingue à la fois la permanence de la crainte primordiale de n'être pas capable de “se joindre à soi”, l'effort désespéré de se projeter dans un futur pourtant inconnu dans le but d'échapper à cette peur primordiale et enfin la

confrontation délicate à la dialectique entre "différence dans l'identité" et "identité dans la différence", dialectique qui est à la base de la constitution d'un soi socialement cohérent, semblable et différent à l'intérieur des relations sociales.

Empêcher que les personnes les plus concernées ne soient exclues des débats qui les concernent au premier chef.

Cette conception diffère radicalement de la conception de Kraepelins (1904) qui envisageait la schizophrénie comme un désordre psychiatrique majeur. Bien entendu, une des conséquences majeures de l'approche compréhensive est d'empêcher que les personnes les plus concernées ne soient exclues des débats qui les concernent au premier chef (Davidson,1997). Dans la même mesure, l'application sérieuse d'une démarche compréhensive dans le champ qui nous intéresse vise à restituer radicalement une position de sujet à part entière aux personnes homosexuelles elles-mêmes, reconnues *a priori* en qualité de témoins privilégiés des impasses identitairest plutôt qu'en qualité de victimes ou, pire, de déficients.

Si nous reprenons ici la matrice heuristique que nous avons proposée pour rendre compte de la situation de vulnérabilité, il apparaît donc bel et bien qu'à son tour, le champ de la santé mentale, et plus spécialement de la schizophrénie, peut l'enrichir. Notamment, ce que nous avons observé de la division des mondes, de la séparation des trajectoires subjectives, de la tension entre des univers, etc, produit une certaine forme de structure en tension qui n'est pas sans similitudes avec les situations “à risque” de schizophrénie telle que la littérature psychiatrique les décrit.

En effet, le point saillant des débats au sujet de la schizophrénie concerne le caractère radicalement processuel, dynamique et complexe de la construction et du maintien par chacun d'un monde dans lequel il s'inscrit en relation avec d'autres.

Aujourd'hui objet de nombreux débats publics et de discussions continues dans l'espace social, l'homosexualité semble continuer à poser des problèmes tout à fait cruciaux, même si des efforts considérables ont été faits pour réduire les risques de discrimination et de rejet. C'est pourquoi les vulnérabilités et leurs différences doivent être un objet d'analyse prioritaire. Cette analyse doit porter sur les processus sociaux à l'oeuvre et éviter toute lecture en terme de personnes. De plus, il s'agit de chercher à comprendre la multiplicité des niveaux et des éléments en jeu (Broqua 1997) en évitant un double piège, à savoir le repli dans le flou sous prétexte de la complexité ou, au contraire, la conquête au prix de la réduction causale. Il nous paraît que c'est une démarche compréhensive

approfondie (Glaser et Strauss, 1967) qui est la plus à même d'atteindre cet objectif. Il est par ailleurs essentiel que l'information soit partagée avec les plus vulnérables eux-mêmes et donc que les paroles monopolistiques soient dénoncées, que celles-ci concernent les experts, l'acteur politique ou d'autres intervenants. C'est le sens que nous voulons donner aux groupes de recherche et d'analyse.

4. Grille d'analyse.

4. 1. Trois premiers niveaux : trajectoire, interaction et contexte.

Les trois degrés de la reconnaissance sociale (sphère affective, sphère du droit et sphère normative) et les divers aspects de la vulnérabilité doivent être resitués au coeur même de l'expérience des individus, c'est-à-dire à l'intérieur des situations qui sont les leurs. Pour cela, il est important de prendre en compte la multiplicité des niveaux d'intelligibilité d'une situation sociale. Au départ, trois points d'observation peuvent être privilégiés pour aborder une situation de vulnérabilité, à savoir les formes typiques des trajectoires sociales qui s'y trouvent engagées, les caractéristiques saillantes des interactions entre les personnes et les éléments déterminants du contexte social.

En effet, on sait que pour chaque individu le risque n'est pas égal à tous les moments de sa trajectoire. Le rôle des structures de cycle de vie *(lifecourse)* a ainsi été considéré comme incontournable pour expliquer certains comportements sexuels (Peto *et al.,* 1992). De même, les études relatives aux comportements sexuels ont accordé une importance justifiée à la dynamique individuelle, au processus de croissance, à certains moments de crise, etc. (Erikson, 1972). On pense par exemple au passage, pour certains homosexuels, de la position de "victime" ou de "dominé" par le fait du discours et de la norme sociale à son sujet à une position de "militant". On pense encore, sous ce concept de trajectoire, à certains moments et à certains lieux qui participent à des phases décisives du processus de socialisation. De même, les caractéristiques saillantes des interactions sont importantes. En effet, la discrimination nécessite la rencontre d'au moins deux individus et donc de deux itinéraires. Enfin, les itinéraires des individus et les interactions entre eux n'existent pas en dehors du monde où ils sont plongés. Le contexte social exerce une influence sur les moments, les enjeux et les modalités des rencontres entre diverses trajectoires.

4. 2. Dimension socio-symbolique et dimension socio-structurelle.

En même temps, les éléments mis en évidence à ces différents niveaux peuvent être saisis sous un double aspect. D'une part, il y a le côté concret, observable ou descriptible de chaque élément en fonction d'une signification "objective" ou communément admise par tous. D'autre part, il y a la dimension particulière et davantage latente qui est élaborée par chaque individu en fonction d'un sens particulier ou encore d'une destination subjective qu'il lui attribue.

Bibliographie

BAIRD A., O'KEEFE P., WESTGATE K., WISNER B., 1975, *Toward an Explanation of Disaster Proneness*. Occasional Paper N° 1. Disaster Research Unit, University of Bradford.

BARBIER, J.M., 1996, De l'usage de la notion d'identité en recherche, notamment dans le domaine de la formation, *Education permanente,* n° 128, "Formation et dynamiques identitaires", pp. 11 - 26.

BARTH, F., 1995, Les groupes ethniques et leurs frontières, in *Théories de l'ethnicité*, Paris, PUF, pp. 202-270

BAYER R., 1991, "Public health policy and the AIDS epidemic: an end to HIV exceptionalism", New England J Med 324, pp. 1500-1504

BERTAUX, D., 1986, "Fonction diverses des récits de vie dans le processus de recherche", in *Les récits de vie,* Montréal, éditions Saint-Martin.

BLAIKIE P., BROOKFIELD H., 1987, *Land Degradation and Society.* London, Methuen.

BLAIKIE P., CANNON T., DAVIS I., 1994, At Risk: Natural hazards, people's vulnerability and disasters, Routldege, London & New-York.

BOWLING, B., 1993, "Racial Harassement and the Process of Victimization. Conceptual and Methodological Implications for the Local Crime Survey", *British Journal of Criminology*, vol. 33, N° 2.

CHAMBERS R., 1983, *Rural development: Putting the Last First*. London: Longman.

COURNOS, F., EMPFIELD, M., HORWATH, E., MCKINNON, K., MEYER, I., SCHRAGE, H., CURRIE, C., & AGOSIN, B., 1991, HIV seroprevalence among patients admitted to two psychiatric hospitals, *American Journal of Psychiatry, 148,* pp. 1225-1230.

DAVIDSON L., 1992, "Developing an empirical phenomenological approach to schizophrenia research", *Journal of Phenomenological Psychology*, 23, 1992, pp. 3-15.

DAVIDSON L., 1994, Phenomenological research in schizophrenia: from philosophical anthropology to empirical science, *Journal of Phenomenological Psychology*, 25, pp. 104-130.

DAVIDSON L., 1997, Vulnérabilité et destin dans la schizophrénie: prêter l'oreille à la voix de la personne, *L'Évolution psychiatrique*, 62, 2, 263-284.

DELOR F.,1997, *Séropositifs. Trajectoires identitaires et rencontres du risque*, Paris, L'Harmattan.

DEMAZIERE, D., DUBAR, C., 1997, *Analyser les entretiens biographiques, l'exemple de récits d'insertion,* Paris, éditions Nathan.

DEMOULIN C., 1996, Rève, chiffrage, réel, in *Zig Zag*, n° 4, pp. 47-51.

DOUGLAS M., 1987, Les études de perception du risque: un état de l'art, in Fabiani J-L., Theys J., (Eds), *La société vulnérable, évaluer et maîtriser les risques*, Paris, Presses de l'Ecole Normale Supérieure, pp. 55-60.

DOUGLAS M and WILDAVSKY A., 1982, *Risk and Culture*, Berkeley and Los Angeles, University of California Press.

DUCLOS D., 1987, La construction sociale des risques majeurs in Fabiani J-L., Theys, J., (Eds), *La société vulnérable, évaluer et maîtriser les risques*, Paris, Presses de l'Ecole Normale Supérieure, , pp. 37-54.

ERIKSON, E.H., 1972, *Adolescence et crise, la quête de l'identité*, Paris, éditions Flammarion.

GARFINKEL H., 1949, Research note on inter and intra-racial homicides, *Social Forces.*

GENN H., 1988, Multiple Victimization, in M. MAGUIRE AND J.POINTING (Eds) *Victims of crime : A new deal?* 90-100. Milton Keynes : Open University Press.

GEORGE-ABEYLE D. E., 1989, Race, Ethnicity and the Spatial Dynamic: Towards a Realistic Study of Black Crime, Crime Victimization and Criminal Justice Processing of Black, *Social Justice*, vol. 17, n° 3, pp. 153-166.

GLOVER V., 1997, Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child. *British Journal of Psychiatry*, 171, 105-106.

GOLDSTEIN H., 1990, Problem-oriented Policing. New York: MacGraw-Hill.

GUSFIELD, R. J., 1987, Aspects symboliques du risque sociétal : l'aliment et la boisson comme sources de danger, in Fabiani J-L., Theys J., (Eds), *La société vulnérable, évaluer et maîtriser les risques*, Paris, Presses de l'Ecole Normale Supérieure, pp. 121-137.

HAOUR-KNIPE M., RECTOR R., Eds, 1996, *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS,* London: Taylor & Francis.

HARDY J., SATTERWAITE D., 1989, *Squatter Citizen: Life in the Urban Third World.*, Earthscan, London.

HEWITT K., 1983, The idea of calamity in a Technocratic Age in HEWITT K., (ed.), *Interpretation of Calamity*, pp. 3-32. Allen&Unwin, Boston.

HOME OFFICE, 1981, *Racial Attacks*, Report of a Home Office Study. London, Home Office.

HONNETH, A., 1990, Integrität und Mißachtung. Grundmotive einer Moral der Anerkennung, *Merkur*, 501, pp. 1043-1054.

HUBERT M., 1989, La construction sociale du risque : L'exemple du sida, *Diagnostics*, Louvain-la-Neuve, Ciaco éditeurs.

HUBERT M., 1991, L'approche constructiviste appliquée à la sociologie des problèmes sociaux: éléments d'un débat, *Recherches sociologiques*, vol.XXII, n°1-2, Louvain-la-Neuve, Recherches Sociologiques éditeurs.

HUBERT P., 1987, A la recherche du risque acceptable, enjeux autours d'une relation dose-effet, in Fabiani J-L., Theys, J., (Eds), *La société vulnérable, évaluer et maîtriser les risques*, Paris, Presses de l'Ecole Normale Supérieure, pp. 181-194.

JASPER J., 1987, L'energie nucléaire et les attitudes face au risque : l'approche culturelle in Fabiani J-L., Theys J., (Eds), *La société vulnérable, évaluer et maîtriser les risques*, Presses de l'Ecole Normale Supérieure, Paris, pp. 195-219.

JEFFREY S., 1980, The creation of vulnerability to natural disaters: case studies from the Dominican Republic. *Disasters*, 6, 1.

KAHNEMAN D. and SLOVIC P., 1982, *Judgement under Uncertainty: Heuristics and Biaises*, New York, Cambridge University Press.

KALICHMAN S.C., CAREY M.P., & CAREY K.B., 1996, Human immunodeficiency virus (HIV) risk among the seriously mentally ill. *Clinical Psychology: Science and Practice, 3*, pp.130-143.

KRAEPELIN E., 1904, *Lectures on clinical psychiatry*, Baillere, London, Tindal and Cox.

KRUKS S., 1990, *Situation and Human Existence*. London, Unwin Hyman.

LAING R.D., *The Divided Self: An Existential Study in Sanity and Madness*, London, Tavistock Publications, 1960

LASCOUMES P., 1998, Le sida entre exceptionnalité et banalisation, in *Transcriptase* n° 64, pp. 26-28.

LUGER L., 1998, *HIV/AIDS prevention and 'class' and socio-economic related factors of risk of HIV infection,* Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

MACLEAN B.B., 1986, Critical Criminology and Some Limitation of Traditional Inquiry in B.D. MacLean (ed.), *The political Economy of Crime: Reading for a Critical Criminology*. Scarborough, Ontario: Prentice-Hall.

MASKREY A., 1989, *Disaster Mitigation: A Community Based Approach*. Development Guidelines N° 3. Oxford, Oxfam.

MOATTI J-P. and LOCHARD J., 1987, L'évaluation formalisée et la gestion des risques technologiques: entre connaissance et légitimation'in Fabiani J-L., Theys, J., (Eds), *La société vulnérable, évaluer et maîtriser les risques*, Presses de l'Ecole Normale Supérieure, Paris, pp. 61-78.

MORIN E., 1969, *La rumeur d'Orléans*, Paris, Seuil, 1969.

O'MALLEY J., MANN J. and TARANTOLLA D., 1993, Vulnerability and HIV Prevention. *Hygie: International journal of health education*, Vol. XII/2: 12-14.

PALM R., 1990, *Natural hazards: An Integrative Framework for Research and Planning.* Johns Hopkins, Baltimore.

PARKER R., 1996, Empowerment, community mobilization and social change in the face of HIV/AIDS, *AIDS,* 10 (suppl 3), pp. S27-S31.

PERROW C., *Normal accidents. Living with High-risk technologies*, New York: Basic Books, 1984.

PETO, D., REMY, J., VAN CAMPENHOUDT, L. and HUBERT, M., 1992, *Sida : l'amour face à la peur*, Paris, éditions L'Harmattan.

PHILLIPS J., 1997, Pierce et la vulnérabilité sémiotique dans la schizophrénie, *L'évolution psychiatrique*, 62, 369-379.

PIOT P. and AGGLETON P., 1998, AIDS, Inequality and Prevention, *Intranational AIDS Society Newsletter,* 10, pp. 8-10.

POUTIGNAT P. and STREIFF-FENART J., 1995, *Théories de l'ethnicité*, Paris, Presses Universitaires de France.

PRINGUEY D., 1997, L'impatience schizophrénique, *L'évolution psychiatrique*, 62, 2, 1997, pp. 357-367.

RICOEUR P., 1983-85, (trois volumes), *Temps et récit*, Paris, Seuil.

SAMPSON A and PHILLIPS C., 1992, Multiple Victimization: Racial Attack on an East London Estate, *Police Research Group Crime Prevention Unit Series* Paper 36. London: Home Office Police Department.

SLOVIC P., FISCHHOFF B. and LICHTENSTEIN S., 1978, How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes towards technological risks and benefits, *Policy Sciences*, N° 8.

SONTAG S., 1978, *Illness As Metaphor*, New York: Random House.

STRAUS S., 1992, The person-key to understanding mental illness: toward a new dynamic psychiatry, III, *British Journal of Psychiatry*, 1992, 162 (Suppl. 18), pp. 19-26.

STRAUSS J.S. 1997, La nature de la schizophrénie : vulnérabilité et destin, *L'évolution psychiatrique*, 62, 2, pp. 245-262.

THERY I. and TASSERIT S., 1996, Sida et exclusion, in *L'exclusion, l'état des savoirs*, Paris, La découverte: 363-373.

THEYS J., 1987, La société vulnérable, in Fabiani J-L., Theys, J., (Eds), *La société vulnérable, évaluer et maîtriser les risques*, Paris, Presses de l'Ecole Normale Supérieure, pp. 3-35.

THIAUDIÈRE C., 1998, La 'normalisation' du sida; quel danger?, *Transcriptase* 64, pp. 24-25.

TOMPSON K., 1988, *Under Siege: Racial Violence in Britain Today*. Harmondsworth: Penguin.

Van Campenhoudt L., Cohen M., Guizzardi G. and Hausser D. (Eds), 1997, *Sexual Interactions and HIV Risk: New Conceptual Perspectives in European Research*, London, Taylor & Francis, Social Aspects of AIDS Series.

VANDERVEKEN Y., 1997, L'hallucination : le rêve traumatique du psychotique, *Quarto*, n° 63, p 53-57.

VAN OS, J. SELTEN JP, 1998, Prenatal Exposure to Maternal Stress and Subsequent Schizophrenia, The May 1940 invasion of the Netherlands, *British Journal of Psychiatry*, 172, pp. 324-326.

VEREECKEN C., (1997), Le traumatisme et l'excès du réel, *Quarto*, n° 63, pp. 57-60.

WALSH D. 1987, *Racial Harassement in Glasgow*. Glasgow: Scottish Ethnic Minorities Research Unit.

WATTS M. J. and BOLHE G., 1993, Hunger, Famine and the Space of Vulnerability, *Geojournal*, 30-2, pp. 117-125

WIGGINS O. P., Vers une phénoménologie husserlienne des étapes initiales de la schizophrénie, *L'évolution psychiatrique*, 62, 2, 1997, pp. 245-262.

WISNER B., 1993, Disaster Vulnerability: Scale, Power and Daily Life, *Geojournal* 30.2, pp. 127-140.

Recrudescence des prises de risques vis à vis du VIH parmi les gays vivant en France

Philippe ADAM, Institut de Veille Sanitaire, Paris

Depuis 1985, l'Enquête Presse Gay interroge de façon périodique les lecteurs de la presse gay Française afin de suivre l'évolution de leurs comportements sexuels et préventifs face à l'épidémie de VIH/Sida. A partir de cette enquête sociologique, plusieurs phases successives d'adaptation à l'épidémie ont pu être identifiées. Les années 1980 ont d'abord été marquées par une intégration rapide du test de dépistage du VIH et du préservatif. Entre 1990 et 1997, les comportements se sont ensuite stabilisés à un niveau élevé de prévention (Adam et al, 1999). Depuis, la donne semble avoir été modifiée comme en témoignent les résultats de l'enquête 2000 ici présentés.

Méthodologie

L'enquête repose sur un questionnaire anonyme auto-administré très détaillé dont certaines questions sont maintenues d'une enquête à l'autre afin de cerner des évolutions temporelles. Depuis son origine, le questionnaire est diffusé par la presse gay (9 titres en 1997, 20 en 2000) et, depuis 2000, sur quatre sites Internet. Durant l'été 2000, 4753 questionnaires remplis par des hommes ont été collectés, contre 3311 lors de l'enquête 1997. Les échantillons 1997 et 2000 se caractérisent par une forte représentation des hommes qui vivent en région parisienne (respectivement 43% et 42% des répondants) et qui sont allés à l'université (63% et 62%). La plupart des répondants (88% et 91%) se définissent comme homosexuels. La moitié (53% et 50%) ont une relation stable au moment de l'enquête. La proportion d'hommes infectés par le VIH était similaire dans les deux enquêtes (11% en 1997 et 12% en 2000). Par contre, les répondants de l'enquête 2000 sont en moyenne trois ans plus vieux que ceux de l'enquête 1997 (35 contre 32 ans) et il semble que ce « vieillissement » de l'échantillon de l'enquête presse gay, également observé par Bochow en Allemagne, témoigne d'un moindre intérêt des plus jeunes vis-à-vis de l'enquête et plus globalement du sida. En utilisant une technique de standardisation, on a pu vérifier que les tendances observées dans les comportements sexuels et préventifs ne résultaient pas de différences d'échantillonnage entre les deux enquêtes (voir Adam et al, 2001).

Réengagement dans la sexualité

Durant les années 1980, de nombreux gays évitaient certains lieux de rencontre et avaient réduit le nombre de leurs partenaires pour gérer le risque de transmission du VIH. A partir des années 1990, cette tendance s'est inversée et le phénomène semble se poursuivre dans la période récente. Même si entre 1997 et 2000 il n'y a pas eu d'évolution de la part des gays ayant eu plus de dix partenaires dans l'année (34%), la part de ceux qui ont rencontré des partenaires sexuels dans les saunas ou sex clubs a, quant à elle, fortement augmenté (de 49% à 57%). Parallèlement, la sexualité des gays séropositifs a été modifiée par l'introduction des nouveaux traitements anti-rétroviraux plus efficaces que les précédents. En 2000, la plupart des répondants séropositifs bénéficient d'un traitement et 96% des traités le considèrent comme bénéfique. La moitié des répondants traités ont pu reprendre certaines activités après une période de réduction ou d'interruption. Parmi les activités reprises figurent le sport (cité par 39% des répondants), la vie sociale (47%), le travail (50%), mais aussi, en très bonne place, la vie sexuelle (72%).

Changements dans le répertoire sexuel

Les pratiques sexuelles, notamment avec les partenaires occasionnels, ont connu le même mouvement de restriction du répertoire dans les années 1980 et de réengagement depuis le début des années 1990. Si, depuis de nombreuses années déjà, la quasi-totalité des répondants pratiquaient la fellation avec leurs partenaires occasionnels et la plupart pratiquaient la pénétration anale, des évolutions sont encore intervenues entre 1997 et 2000. Avec les partenaires occasionnels, on a observé une augmentation importante de la part de gays qui pratiquent « systématiquement » la fellation (de 38% à 45%) et de ceux qui pratiquent « systématiquement » la pénétration (de 7% à 10% pour la pénétration passive et de 5% à 10% pour la pénétration active).

Recrudescence des prises de risque

Entre 1995 et 1997, les déclarations de prises de risque semblaient stables parmi les gays même si certaines évolutions dans les attitudes face à la prévention et les représentations du risque étaient déjà perceptibles (Adam et al., 1999). Entre 1997 et 2000, on a pu identifier une nette diminution de la fréquence des pratiques de protection.

Bien que l'évolution ne soit pas significative d'un point de vue statistique, il faut d'abord relever une augmentation du taux de déclaration « d'au moins une pénétration non protégée dans l'année » dans les couples où au moins l'un des deux partenaires est non testé (de 43% en 1997 à 44% 2000) et dans les couples séro-concordants positifs (de 49,5% à 53%). En

revanche, la hausse est plus nette dans les couples sérodifférents (de 23% à 26%) et s'avère prononcée dans les couples séro-concordants négatifs (de 63% à 67%).

Cependant, c'est avec les partenaires occasionnels que l'augmentation des prises de risque est la plus importante. Entre 1997 et 2000, parmi les gays ayant eu des partenaires occasionnels dans l'année, le taux de répondants ayant eu des pénétrations anales non protégées est passé de 17% à 24%. Des évolutions apparaissent également dans la nature des prises de risque. Entre les deux enquêtes, parmi les hommes ayant eu des partenaires occasionnels dans l'année, la part de ceux qui ont eu seulement « une ou deux pénétrations non protégées » n'a pas véritablement évolué (de 11% à 12%). En revanche, on a observé un doublement (de 6% à 11%) de la part des hommes qui déclarent « plus de deux pénétrations à risque par an » (ce qui peut aller jusqu'à plusieurs fois par mois ou par semaine), c'est-à-dire des expositions répétées voire, pour certains gays, régulières. Plus précisément, ces expositions répétées ou régulières sont passées de 5% à 9% chez les répondants séronégatifs et de 15% à 25% chez les séropositifs.

Effets de zone géographique

Même si, entre 1997 et 2000, le relâchement de la prévention est visible dans de nombreux segments de la population gay et sur tout le territoire, la dynamique globale d'augmentation des prises de risque passe principalement par certains sous-groupes de gays vivant en région parisienne. On en donnera quelques exemples. Alors qu'en 1997, en région parisienne comme en province, 18% des gays fréquentant les établissements de sexe déclaraient des pénétrations non protégées dans l'année avec des partenaires occasionnels, ce taux passe en 2000 à 24% pour les provinciaux et à 29% pour les franciliens. Autre exemple, chez les répondants séropositifs. Entre 1997 et 2000, le taux de prises de risque est passé de 20% à 29% chez les gays séropositifs qui vivent en province et de 29% à 45% chez les gays séropositifs vivant en Ile-de-France. Lorsque les facteurs de risque se cumulent, des niveaux de prises de risque préoccupants sont atteints : en 2000, par exemple, parmi les franciliens qui fréquentent régulièrement les établissements de sexe, le taux de déclaration de pénétrations non protégées dans l'année avec des partenaires occasionnels était de 28% chez les gays séronégatifs et de 64% chez les séropositifs.

Effets de générations

Des effets de générations semblent également intervenir dans la dynamique du relâchement préventif. Alors qu'en 1997, il n'y avait pas vraiment de différence dans le taux de déclaration de pénétration non protégées par classes d'âge, l'un des résultats marquants de l'Enquête 2000 tient à l'apparition, en région parisienne, d'écarts très nets dans les prises

de risque selon l'âge. Dans cette zone, les gays qui ont le plus fortement relâché leurs comportements préventifs sont à la fois les moins de 25 ans et les 30 à 44 ans (les gays en pleine maturité sexuelle). Entre 1997 et 2000, parmi les franciliens ayant eu des partenaires occasionnels, le taux de répondants ayant eu au moins une pénétration non protégée dans l'année est passé de 18% à 31% chez les moins de 25 ans et de 16% à 26% chez les 30-44 ans.

Impact des nouveaux traitements

L'enquête a également permis d'estimer l'influence des nouveaux traitements anti-rétroviraux et prophylactiques sur les attitudes et les comportements préventifs. Face à ces avancées, la plupart des répondants de l'Enquête Presse Gay 2000 faisaient preuve d'une prudence encore plus prononcée que celle de leurs homologues anglais, australiens ou canadiens (Bolding and ICHO, 2001). Par exemple, 92% des répondants français s'accordent à dire que *"tant que l'on ne peut pas guérir complètement du sida, le safer sex reste la meilleure pratique"* et ceux qui pensent que *"avec les nouveaux traitements, on va pouvoir avoir des rapports sexuels sans crainte"* sont quasi inexistants (<2%). Pour autant, une petite minorité de gays considèrent que les nouveaux traitements ont modifié les enjeux de la prévention et le risque de transmission du VIH. Près d'un homme sur dix (11%) n'est pas d'accord avec l'idée selon laquelle *"quelle que soit la charge virale, il est toujours risqué de pratiquer la pénétration anale sans préservatif"* et 7% des répondants pensent que la possibilité de recevoir un traitement d'urgence après une prise de risque rend le «safer sex» moins important. L'association de statistiques entre ce type d'attitudes et les comportements effectifs de prise de risque suggère que «l'optimisme face aux nouveaux traitements» apporte sa contribution à la prise de risque même s'il n'est sans doute pas le facteur explicatif principal, ni celui qui a amorcé la dynamique de relâchement préventif.

Mal-être et prises de risque

L'enquête 2000 a également mis en lumière l'existence d'un important mal-être parmi les répondants. La moitié (52%) ont déjà fait une dépression au cours de leur vie - dont un quart (24%) au cours de l'année - et 17% ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Il n'existe pas de lien statistique entre le fait d'avoir pris des risques de façon ponctuelle ou accidentelle et les états psychologiques précédents. Par contre, ces derniers apportent leur contribution aux comportements de prises de risque répétées ou régulières. Ainsi, parmi les répondants de l'Enquête Presse Gay ayant eu des partenaires occasionnels dans l'année, le pourcentage de ceux qui ont eu «plus de deux pénétrations anales non protégées» est de 19% parmi ceux qui ont souffert d'une dépression dans l'année et qui ont un antécédent de tentative de suicide, contre 10% parmi ceux qui n'ont pas fait ces

expériences.

Discussion /Conclusion

Bien que la plupart des répondants continuent à gérer efficacement la prévention, un important relâchement de la prévention s'observe, pour la première fois en 2000, parmi les gays français. La France rejoint ainsi les situations observées dans de nombreux autres pays. A l'augmentation de la part des gays ayant pris un risque, s'ajoute une modification très nette de la fréquence des prises de risque : entre 1997 et 2000, les déclarations de pénétrations non protégées isolées (ou accidentelles) ont peu évolué à la différence des déclarations d'expositions répétées (voire régulières) au risque. Certains gays semblent s'être progressivement habitués à des expositions au risque répétées. Ce phénomène de banalisation des comportements de non protection pourrait entraîner des conséquences importantes en termes de dynamique de l'épidémie de VIH/Sida comme le suggère la recrudescence des MST observée par l'Enquête Presse Gay et d'autres réseaux de surveillance français (RENAGO par exemple).

L'enquête a également permis d'identifier les groupes les plus vulnérables face au risque et de mieux comprendre les origines probables du relâchement préventif. Durant les derniers années, la culture sexuelle et les représentations du risque se sont profondément modifiées au sein du monde gay. Certains gays se sont réengagés dans le multi-partenariat et pratiquent désormais la pénétration de façon plus systématique. Les nouveaux traitements ont également modifié les perceptions du risque des gays et permis à certains séropositifs traités de se réengager dans la sexualité. Enfin, les comportements de prise de risque répétés sont alimentés par la situation de mal-être (voire de détresse) psychologique de certains gays. Chez les jeunes de moins de 25 ans vivant en région parisienne des facteurs plus spécifiques interviennent. Le relâchement de la prévention pourrait s'appuyer sur la vulnérabilité propre à l'état de jeunesse : mal-être, expérience du rejet, moins grande capacité à négocier la prévention avec les partenaires, effet de libération lors d'une "montée" à Paris et face à l'ampleur du marché sexuel qui s'offre à eux. Des facteurs psychologiques comme la difficulté plus grande chez les jeunes à estimer le risque pourraient également intervenir. Enfin, il est possible qu'un effet générationnel intervienne. Certains jeunes envisagent le sida comme un problème concernant uniquement leurs aînés et semblent s'être projetés de façon prématurée dans une ère "post-sida" qui, malheureusement, tarde à arriver. Plus que jamais, les jeunes gays vivant dans les zones où les opportunités de rencontres sexuelles sont les plus importantes devraient constituer l'une des cibles prioritaires pour la prévention contre le sida.

Pistes pour la prévention

Les données offrent des pistes pour mieux adapter la prévention au changement de contexte. Dans la mesure où le relâchement préventif est visible dans de nombreux segments de la population gay, la prévention devra s'appuyer sur une communication très large et mener, par ailleurs, des actions plus ciblées en direction des groupes gays les plus exposés au risque. Le contenu des messages et des actions de prévention mérite d'être mieux adapté à la diversité des formes d'exposition au risque. Il s'agit notamment de prendre en compte le fait que, pour certains gays, la prise de risque n'est pas accidentelle mais désormais fréquente (voire régulière) et qu'il existe par ailleurs une pluralité de facteurs à l'origine du relâchement actuel des comportements sur lesquels il convient d'essayer d'agir. Ceci suppose des actions de counselling et de soutien auprès des personnes les plus fragilisées psychologiquement. Enfin, la prévention ne peut plus se contenter de diffuser de l'information mais, elle doit tenter d'amorcer, en étroite collaboration avec le monde gay et ses intervenants, un travail sur la culture sexuelle et la culture du risque qui s'est développée dans la période récente.

Bibliographie indicative

P. ADAM, E. HAUET et C. CARON. *"Recrudescence des prises de risque et des MST parmi les gays".* Rapport IVS, ANRS, DGS, mai 2001, 56 pages.

P. ADAM, M-C. DELMAS, F. HAMERS & J-B. BRUNET, *"Attitudes et comportements préventifs des homosexuels masculins à l'époque des nouveaux traitements"*. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 1999, n°41.

G. BOLDING and the International Collaboration on HIV optimism (ICHO) [Australia*:* J. Crawford, S. Kippax, P. Van de Ven ; Canada: K. Craib, S. Martindale ; England: G. Bolding, J. Elford, L. Sherr ; France: P. Adam], *«HIV Optimism and Sexual Risk Behaviour Among Gay Men : an international comparison»*. Conférence Social Aspect of AIDS, Brighton, juillet 2001.

Remerciements

L'enquête presse gay 2000 a été menée par l'Institut de Veille Sanitaire en partenariat et avec la contribution financière de l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida, la Direction Générale de la Santé. Vingt titres de la presse gay et quatre sites Internet ont accepté de diffuser gratuitement le questionnaire.

ATELIERS

✯✯✯✯✯✯✯✯ ATELIER N°1 ✯✯✯✯✯✯✯✯

SIDA,ACCUEIL ET ACCOMPAGNEMENT AUPRÈS DES PERSONNES EN SITUATION DE PRÉCARITÉ

Intervenants: **Gérard MARTIN**, Vice-Président AIDES Dauphiné-Savoie,
Hélène DELORME, coordinatrice au soutien des personnes, AIDES,Lyon-Rhône-Ain
Philippe BACHY, Chef de service CHRS-l'Escale de Valence, Commission santé FNARS

Animation : **Agnès GRANIER**, CRAES/CRIPS
Rapporteur : **Anne ERPELDING**, Directrice AIDES Lyon-Rhône-Ain.

En préambule à l'exposé d'Hélène Delorme sur l'accueil effectué par les volontaires et les salariés de AIDES Lyon-Rhône Ain, Gérard Martin a souhaité préciser comment l'accueil et l'accompagnement des personnes sont pensés dans les comités de l'association AIDES.

AIDES est un réseau de santé communautaire animé par des volontaires et des salariés qui tentent d'apporter une réponse différente de la réponse bio-médicale dans un souci de santé publique. Par là-même, l'accueil des personnes en vulnérabilité est différente de celui que l'on trouvera dans une structure professionnelle, un centre de soins ou un centre social.

AIDES accueille toutes les personnes qui le souhaitent et qui, parfois, ne sont pas ou plus accueillies ailleurs. La démarche d'accueil est indissociable d'une démarche de soutien et d'information/prévention à partir du moment où la demande est exprimée. L'accueil des personnes est aussi un acte politique et social, puisque nous essayons de redonner des droits de citoyen à toute personne exclue du système de santé ou de la société en général.

Enfin, AIDES joue un rôle d'appariteur en servant de lien entre les personnes et les structures professionnelles qui apporteront une réponse «technique» à des demandes concrètes de logement, de soins et d'aides financières.

Avant d'entrer dans le cœur du sujet Hélène Delorme évoque rapidement quelques données chiffrées. Elles concernent le public accueilli par AIDES-Lyon au cours du premier semestre 2001.

Pour l'ensemble des personnes suivies au cours de ce premier semestre (nouvelles venues et personnes suivies précédemment), les femmes représentent 1/3 du public suivi; 1/3 de la population a moins de 30 ans ; 1/3 sont des personnes de nationalité étrangère dont la quasi totalité provient d'Afrique subsaharienne.; près de 40% vivent avec moins de 3600 F par mois dont 20% n'ont absolument aucune ressource. Ces chiffres confirment la tendance de ces deux dernières années mais témoignent d'une aggravation de la situation des jeunes et des femmes.

Le VIH aggrave les situations de précarité

Les personnes faisant appel à notre association sont donc pour beaucoup dans une situation de précarité importante. La question qui se pose alors est de savoir si cette situation est apparue après la contamination ou si elle existait déjà. Apporter une réponse est difficile, voire impossible, parce que les vulnérabilités entraînés par le VIH se mêlent et s'ajoutent aux difficultés initiales, de même qu'elles renforcent la précarité des publics.

Les causes de la précarité sont multiples et souvent dues à des ruptures et à un isolement familial et amical, à de faibles ressources, à des difficultés psychologiques et même souvent psychiatriques, à un état de santé fragile ou à une toxicodépendance. Cette liste, bien entendu non exhaustive, évoque des vulnérabilités importantes dont certaines ont «favorisé» la contamination par le VIH en diminuant la «possibilité» de se protéger correctement. D'autres sont apparues après la contamination et en sont les conséquences directes.

L'arrivée des multithérapies a bouleversé l'accompagnement des personnes

L'arrivée des multithérapies, en dehors de leur efficacité, a aussi fait apparaître de nouvelles difficultés. Ces traitements, qui permettent aux personnes de reprendre ou de conserver une activité professionnelle, ont fait apparaître un nouveau champ de discriminations et de risques d'exclusion. Nous recueillons souvent des témoignages de personnes rencontrant d'importants problèmes sur leur lieu de travail après avoir annoncé leur séropositivité, ceci entraînant parfois un licenciement ou une démission. D'autres personnes ne peuvent trouver un emploi car les effets secondaires des traitements sont incompatibles avec une activité régulière ou à temps plein. Nous nous sommes donc investis sur ce nouveau champ, quasiment inconnu de AIDES avant 1997, qui caractérise l'un des plus grands changements dans l'accompagnement des personnes touchées par le VIH.
Par ailleurs, les effets secondaires, parfois dramatiques, fragilisent les personnes. Ainsi,

une personne souffrant d'une grande fatigabilité ou de diarrhées régulières peut difficilement supporter la prise ininterrompue des médicaments ou avoir une vie sociale "normale"; une personne atteinte de lipodystrophie est confrontée à une image modifiée de son corps, ce qu'elle a du mal à accepter, notamment dans le regard des autres. L'interpellation des laboratoires et le travail de réflexion en lien avec les médecins est donc indispensable pour les associations afin de faire évoluer la prise en charge thérapeutique et la réponse aux effets secondaires.

L'arrivée de "nouveaux" publics, signe révélateur du relâchement actuel de la prévention, favorise le développement de nouvelles problématiques. Ainsi de plus en plus de jeunes (particulièrement ceux qui ne peuvent bénéficier du RMI avant 25 ans) ont des problèmes financiers importants et doivent faire face à des interrogations concernant la poursuite de leurs études. Par ailleurs, ils sont confrontés à la difficulté de vivre la découverte de la sexualité en étant atteint d'une MST. On observe aussi que de plus en plus de femmes, en majorité d'origine africaine, sont dans une situation de précarité sociale importante et sont très vulnérables dans leur sexualité (violence physique et verbale).

Concernant spécifiquement les femmes, je tiens à préciser qu'elles sont dans la quasi impossibilité de trouver un hébergement sur l'agglomération lyonnaise parce qu'elles sont femmes, célibataires et sans ressource. Nous touchons ici un point crucial pour ces personnes qui se retrouvent dans des situations dramatiques pour essayer de conserver un hébergement. De nombreux récits témoignent de ce que l'on peut appeler «l'esclavagisme sexuel». Ainsi, elles mettent souvent en péril le suivi des traitements, leur santé morale le suivi médical et l'insertion sociale et professionnelle.

Philippe BACHY, Chef du service hébergement, L'Escale (26)

Je suis chef du service logement dans l'association Escale à Valence, celle-ci gère un CHRS tous publics (30 places); un accueil spécifique pour personnes polytoxicomanes actives suivies par la justice; un accueil spécifique pour personnes atteintes par le VIH et 50 appartements dans le cadre des logements temporaires d'insertion.

Par ailleurs, je suis l'animateur de la commission Régional FNARS-Santé et je suis trésorier adjoint de la FNHVIH (Fédération Nationale d'Hébergement). Ma mission aujourd'hui est de vous faire part de l'expérience de l'Escale , face à la prise en charge en CHRS, des premières personnes touchées par l'épidémie VIH et de son évolution par la création de 8 Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT).

En 95, nous avons accueilli, dans le cadre du CHRS, des personnes atteintes par le VIH et en grande précarité (durée de la prise en charge= 6 mois). Nous ne connaissions, à cette période que peu de choses sur la maladie ; nos angoisses, nos peurs, étaient fortes. Pour palier cela, tout le personnel éducatif a participé à des formations proposées par la DDASS de la Drôme. Celles-ci ont été très bénéfiques et ont permis de modifier notre comportement face à ces personnes malades. Il est à noter que les traitements bi et tritherapie n'existaient pas encore et que la maladie évoluait rapidement. Le premier malade que nous avons hébergé est décédé quelques jours avant la fin de sa prise en charge, dans une chambre d'isolement d'un hôpital entre l'Escale et Paris.

Nous nous sommes rendus compte que, pour avoir une action efficace, il fallait une prise en charge beaucoup plus longue, pour permettre aux personnes de se poser, de régulariser leur situation administrative, de se sentir « un peu chez soi » dans l'appartement, de recevoir un revenu ou une allocation régulièrement Cela nous permet aussi d'aider ces personnes à établir des relations durables avec les services médicaux spécialisés condition indispensable pour aller vers une adhésion et une observance de la prise de médicaments qui, encore aujourd'hui est très contraignante avec de nombreux effets indésirables.

D'autres personnes touchées par le VIH, ont été prises en charge en 1997, nous avons simultanément accueilli 8 personnes. Dans un premier temps, avec l'aide financière de la DDASS, nous avons créé un accueil spécifique pour personnes atteintes par le VIH en situation de précarité, dans des appartements relais. En novembre 99, ces appartements ont été agrée ACT dans le cadre de la circulaire du 17/08/94 modifié par la circulaire du 17/03/99. Ces ACT sont aux de 500 places environ en France. Ils sont destinés à l'accueil des personnes infectées par le VIH, nécessitant une prise en charge médicale et en

situation de précarité. Ces personnes isolées, ayant des difficultés financières et sociales, nécessitent un accompagnement continu et permanent, du fait de la maladie et des traitements. Outre l'hébergement, une coordination médico-sociale est assurée dans ces appartements et a pour objectif de viser à optimiser le bien être et l'autonomie de la personne.

La coordination médicale est exercée par un médecin (Gestion dossier médical, coordination des soins, soutien psychologique, etc…). La coordination sociale est exercée par le personnel socio-éducatif (prise en charge de rendez-vous, accompagnement lors du déplacement ; accès aux droits, suivi de l'observation thérapeutique, etc…).
La durée du séjour : si un séjour long apparaît souhaitable, la circulaire dit : « *elle se fixera périodiquement des objectifs à atteindre avec la personne accueillie tout en veillant a ne pas lui laisser craindre que la prise en charge prenne fin à priori* »

Voilà, en quelques lignes, la petite expérience de L'Escale qui nous a fait prendre conscience du réel besoin d'une prise en charge adaptée et spécifique, avec une durée qui ne peut prendre fin, à priori que vers une autonomie de la personne.. Actuellement, ces appartements sont toujours complets et nous refusons beaucoup de demandes.Il est à noter que sur la région Rhône Alpes, il n'existe pas d'autres places, alors que Rhône-Alpes est la deuxième région la plus touchée par l'épidémie après la région l'Ile de France(ci-joint carte de France de la répartition des A.C.T). Ces ACT sortent de leur phase expérimentale, ils intègrent la nouvelle loi sociale et, de plus, ils s'ouvrent à d'autres pathologies chroniques (Hépatite C , cancer, …).Leur efficacité n'est plus à démontrer maintenant, il serait souhaitable que d'autres places se créent en Rhône-Alpes pour répondre aux nombreuses situations dramatiques

Conclusion:

La prise en charge des personnes atteintes par le VIH est excessivement complexe et demande un accompagnement conséquent. Celui-ci nécessite la prise en compte de l'infection et de ses répercussions physiques, psychologiques et sociales et a pour objectif de permettre à la personne de trouver ou de retrouver les moyens qui donneront sens à sa vie, de maintenir la relation dans les moments difficiles et de bénéficier de soins adaptés à son état de santé. Je terminerai mon propos sur la durée de la prise en charge qui ne doit, comme le précise la circulaire, et de montrer notre expérience : « *prendre fin à priori, que vers une autonomie de la personne* » ?

SYNTHESE DE L'ATELIER

« Sida, accueil et accompagnement de personnes en situation de précarité »

Les problématiques liées à cet atelier relèvent de la double intrication : comment, dans la prise en charge des personnes touchées par le VIH, la question de la précarité se pose-t-elle ? Comment dans une structure d'accueil de personnes en situation de précarité la question du SIDA se pose-t-elle ?

Il est mis en évidence les difficultés liées à l'hébergement des personnes touchées par le VIH, en particulier les jeunes sans ressources et les femmes d'origine africaine. Il faut dire que les conditions d'entrée dans les centres sont soumises à des contraintes telles que bénéficier du RMI, avoir une autorisation permanente de séjour…

A la suite des expériences exposées par AIDES d'une part et l'ESCALE d'autre part, la discussion qui s'en suit fait émerger des difficultés, mais aussi des pistes de réflexion en terme de travail pour l'avenir :

Le temps

Cette notion est à prendre en compte dans l'accompagnement au logement que ce soit dans les structures d'hébergement ou dans les associations spécialisées dans la lutte contre le SIDA.

L'identifiant

Cette notion met en évidence l'importance de la première personne rencontrée qui va être identifiée comme la personne aidante, ce qui implique la problématique du suivi

La formation

L'accueil de personnes séropositives provoque une certaine réticence parmi les personnels des structures d'hébergement. Celle-ci semble être liée au manque de formation à l'accompagnement de ces personnels, alors que la demande la plus souvent manifestée est une besoin d'écoute et d'accompagnement.

De plus, la régulation est un des moyens d'apporter un soutien aux personnels qui rencontrent des personnes en situation de précarité.

L'accueil : généraliste ou spécifique

La problématique de l'accueil dans les structures d'hébergement oscille entre l'accueil généraliste et l'accueil spécifique. Il en ressort que, même si l'accueil peut rester généraliste, il peut prendre en compte les particularités des personnes par l'intermédiaire

d'un travail en réseau avec des partenaires pour accompagner les personnes, ce qui reviendrait à un accueil inconditionnel.

La globalité de l'accompagnement

La problématique liée à la loi contre les exclusions permet seulement un accès aux soins, ce qui aboutit à une prise en charge morcelée de la personne. Ceci met en évidence le rôle social de l'hôpital et la mise en place d'un réseau intra et extra hospitalier.

Non seulement, la prise en compte de la personne touchée dans sa globalité est nécessaire, mais il est important d'élargir cette réflexion à d'autres pathologies.

✯✯✯✯✯✯✯✯ ATELIER N°2 ✯✯✯✯✯✯✯✯

RÉDUCTION DES RISQUES, ERRANCE, PSYCHIATRIE : QUELLE APPROCHE?

Intervenants : **Dr Michel BON**, **Interface SDF:** ARHM, CHST St Jean de Dieu,A3 : CSST
Emmanuel LAFAYE, mission réduction des risques, Médecins du Monde, Lyon.

Animateur : **Marie Ange GEOFFROY**, coordinatrice régionale Chrétiens et Sida.
Rapporteur : **Marc BRISSON**, coordinateur ODPS (Office Départemental de la prévention du Sida).

L'accès aux soins des populations précarisées et exclues.
par le Dr Michel BON.

Pour les exclus, l'accès aux soins est particulièrement difficile car les **besoins** de soins ne se confondent pas avec les **demandes** de soins. Il s'agit là d'une des particularités de fonctionnement des sujets en souffrance psychique **et** en situation d'exclusion. Généralement, la demande de cette population n'est adaptée ni au lieu de la rencontre, ni à l'interlocuteur, ni à l'institution rencontrée, ni à la sur-spécialisation de la médecine, ni aux nouvelles contraintes que supporte le soin psychiatrique. Par ailleurs, le temps d'une rencontre avec le monde du soin est le plus souvent celui de l'urgence, un temps où s'élude le sens, un temps où le besoin fait faire l'économie de la demande. Ces sujets sont dans une hiérarchie des priorités très différente de l'ordinaire, la satisfaction des besoins vitaux l'emportant largement sur les préoccupations de santé. Souvent nous n'abordons ces personnes que lorsqu'elles s'effondrent. Chacun voit donc l'intérêt d'aller à leur rencontre car elles ne pousseront pas seules les portes du soin.

C'est pour rendre plus efficientes les structures de soins et rester strictement dans le domaine du droit commun qu'ont été développés les principes de l'unité Interface SDF.

Il s'agit d'un projet du Dr J.P Vignat, la DDASS apportant dès l'origine son soutien et le CH Saint-Jean de Dieu assurant les conditions de fonctionnement d'une petite équipe (3 temps pleins pour 5 salariés : médecin psychiatre, infirmiers, psychologue, secrétaire). L'Interface SDF est une unité de psychiatrie de liaison, c'est à dire une unité mobile agissant dans des espaces qui ne sont pas ceux de la psychiatrie classiquement instituée. Habituellement, ce type d'action en espace non psychiatrique se déroule dans les hôpitaux généraux, ici c'est le terrain du social et de l'exclusion qui est le partenaire. De plus, Interface ne se substitue pas à l'existant du système soignant mais vise à développer son action d'accès aux soins dans le système du droit commun, pour les sujets vivants dans le contexte de la grande exclusion.

Notre originalité de fonctionnement réside dans notre capacité à nous déplacer sur le terrain, dans l'ensemble des institutions constituant l'univers de l'exclusion et au plus près de la souffrance psychique, pour réaménager l'offre de soins, aider les institutions à améliorer leurs réponses et à mieux entendre la demande des exclus, car la problématique particulièrement complexe de ces sujets est à la jonction du social, du médical et du psychiatrique.

Pour optimiser l'action commune de lutte contre l'exclusion, nous développons les conditions d'un partenariat faisant appel à la pluridisciplinarité des intervenants, où les actions se déroulent en synergie, entre soignants et travailleurs sociaux. Les moyens mis en œuvre font appel à divers niveaux d'intervention : au premier degré avec les exclus et au second degré auprès des institutions sociales sur le mode de ce qu'il est convenu d'appeler "l'aide aux aidants". L'action se déroule sur le terrain des exclus, où nous intervenons à la demande des acteurs de terrain, acteurs sociaux et associatifs, avec qui nous intervenons conjointement.

Notre action nous amène autant à pratiquer des actions de psychothérapie dans des lieux "dé spécifiés" qu'à développer, en plus des activités de consultations, des actions de transfert de compétences vers les intervenants sociaux dont l'objectif est de les amener à modifier leur type d'écoute interpersonnelle en replaçant le sujet dans la globalité de son histoire et de son environnement. Ces actions cherchent aussi à aider les intervenants à s'approprier certains des outils psychiques dont ils ne parviennent pas à se saisir.

Le dessein de notre démarche est de constituer un réseau fonctionnel entre des univers qui ont naturellement tendance à se fuir et qui ne connaissent trop souvent qu'un système de filières rigidifiées et dénuées de sens. Il est par conséquent nécessaire d'admettre que, d'une part il est impossible de tout faire chacun dans sa filière et que, d'autre part, il est indispensable de faire se rencontrer tous les partenaires du système médico-social pour être plus efficient dans la poursuite des travaux.

Les stratégies mises en œuvre à travers ce partenariat doivent permettre, au-delà de la réussite des missions allouées, non seulement d'espérer que le regard porté sur l'exclusion évolue mais aussi que l'exclu cesse d'être l'autre - celui qui fait peur et qu'on taxe trop vivement de fou en oubliant d'entendre sa souffrance. On oublie trop qu'il nous ressemble bien qu'il soit frappé des affres de l'inutilité sociale. L'objectif ultime vise à la désaliénation de ces grands exclus à qui il paraît parfois possible de faire redécouvrir tant la liberté de la pensée que l'indépendance, dans une société où ils sont devenus dépendants du don social. Ainsi, nous œuvrons pour que le sujet puisse se placer au centre d'un réseau dont il est l'objet, qu'il le maîtrise sans le subir et qu'il s'éloigne de l'institution et découvre l'autonomie loin de son omnipotence nourricière.

En quelques années de fonctionnement, l'unité de Lyon est entrée en relation avec la quasi-totalité des structures intéressées par la problématique de l'exclusion. et, souvent, les résultats sont plutôt surprenants : la peur réciproque des premières rencontres paraît d'un autre temps et les reconnaissances mutuelles des compétences permettent aux institutions de faire accéder les sujets directement à un grand nombre de lieux de soins ; des rencontres fugaces avec les grands exclus sont partagées entre intervenants de terrain ce qui favorise l'accès au soin ; parfois, les corporatismes peuvent même s'estomper, dans l'intérêt des sujets pris en charge.

Par ailleurs, le soutien de la structure psychiatrique est clairement identifié puisqu'il est maintenant admis qu'il existe d'autres réponses à l'hospitalisation systématique sur le mode de l'internement et que la psychiatrie n'a pas une fonction de maintient de l'ordre. Aujourd'hui, on sait attendre qu'un sujet mâture et que l'idée de se faire soigner devienne un projet légitime.

A l'avenir, un réseau Rue-Hôpital se développera dés le début 2001, la DDASS et l'ARH s'étant tout particulièrement investies dans ce projet porteur de grandes espérances. Il devrait améliorer le fonctionnement de l'accueil des urgences médico-chirurgicales, favoriser le suivi des patients et le fonctionnement de lits d'hébergement pour soins destinés aux plus vulnérables. Tout cela se fera dans le cadre du droit commun, seul cadre qui garantisse le respect de la personne.

Historique : des risques infectieux aux risques sanitaires et sociaux.

Par Emmanuel LAFAYE, Médecins du Monde

La question de la réduction des risques est apparue il y a plus de dix ans afin de répondre à la problématique du SIDA chez les toxicomanes. La vente de seringues était alors interdite. La politique prohibitionniste autour de certains produits psycho-actifs, issue notamment la loi du 31 décembre 1970, exclue de la prévention et de l'accès aux soins toute une partie de la population toxicomane. La réduction des risques est donc née d'une tentative de réponse à ces problèmes.

Initialement, les programmes d'échange de seringues avaient pour objectif de réduire les risques liés au SIDA et aux hépatites. Aujourd'hui encore, on peut noter que ce travail de prévention SIDA reste fragile malgré une infrastructure apparemment solide : deux boutiques (lieu d'accueil de jour à bas seuil d'exigence pour toxicomanes), un bus, quatre échangeurs de seringues. Pourtant, dans les faits et derrière la façade, le chantier n'est pas achevé ou parfois dysfonctionne. Ainsi, les quatre échangeurs, faute de suivi, ne marchent pas et ne distribuent rien ; hors du centre ville, les réponses sont quasiment inexistantes ou invisibles (Qu'en est-il d'un Usager de Drogues par Voies Intraveineuses (UDVI) face au SIDA dans les quartiers dits difficiles ?) ; très régulièrement, les boutiques sont confrontées à une surfréquentation ; les lieux d'hébergement d'urgence ne répondent pas, voir refusent d'accueillir un public évoluant avec ses spécificités ; etc.

Aujourd'hui, à Médecins du Monde, en centre ville de Lyon, nous ne travaillons pas seulement sur les risques infectieux mais sur les risques sanitaires dans leur ensemble (somatiques et psychologiques) et sur les risques sociaux. La vulnérabilité des personnes avec lesquelles nous travaillons est liée à la consommation nocive de produits, à l'exclusion sociale et à des structures psychologiques particulières. Nous constatons que la question du produit est maintenant souvent secondaire dans notre pratique, et parfois même absente.

Non-demande, représentation du soin, création du lien

Nous travaillons trois fois par semaine dans un bus stationné place des Terreaux (rue Joseph Serlin). Au départ, du fait du PES (Programme Echange Seringues), les personnes accueillies étaient essentiellement des UDVI (Usager Drogue par Voie Intraveineuse). Actuellement, les usagers du bus vivent des situations d'exclusion d'origine sociale ou liées à une structure psychologique particulière voire parfois à des pathologies psychiatriques

lourdes.

L'accueil se fait en "bas seuil d'exigence" ce qui signifie la possibilité d'anonymat et l'absence de contrat autre que le respect du règlement intérieur qui stipule pas de violence, pas de consommation de produits psychoactifs (autres que le tabac ou le café) et pas de prescription médicale. Nous accueillons les personnes là où elles sont, comme elles sont, au moment où nous les rencontrons. Ce qui nécessite d'apprendre à ne rien faire, à ne pas être dans la réponse immédiate, à créer un espace de parole et à laisser le temps d'élaboration nécessaire à l'éclosion de cette mystérieuse fleur qu'est la demande.

Le fait de permettre à la personne de se dire «un jour j'irai me soigner» est, pour nous, déjà du soin. C'est travailler à la représentation du soin et ce n'est pas facile. Chaque soignant a sa propre représentation de ce que doit être le soin. Réussir à faire la part de ce qui relève de nos propres désirs et de ce qui appartient aux désirs de la personne soignée est une chose difficile à faire. Pour nous aider à accomplir notre tâche, nous participons à des séances d'analyse de la pratique supervisées par un psychologue.

Illustrations par quelques métaphores.

Nous faisons office de sas de décompression (comme en plongée sous-marine), avant que les personnes n'accèdent aux structures de droit commun, là ou la pression est forte, là où il n'y a pas de réponse s'il n'y a pas de demande. Très souvent, ces personnes ne veulent ou ne peuvent pas se rendre dans des structures médico-sociales institutionnelles : elles sont par exemple réticentes à faire soigner un simple abcès aux urgences (papiers en règle, attendre, subir les remarques et les regards de personnes que l'on ne connaît pas)

Nous créons du lien avec des personnes en situation de rupture et d'exclusion. Tels des fileurs, nous filons ce fragile et précieux lien, ce fil (qui peut-être d'Ariane) nous lie, nous et l'usager, pour avancer dans l'élaboration du «prendre soin» et filer ensuite, ensemble, des liens vers l'extérieur. Pour que ce travail puisse se dérouler au mieux, il nous faut aussi sans cesse filer nous même vers l'extérieur et c'est sans doute là que doit s'axer notre travail. Nous tissons fort bien avec le terrain. Il faut que se créent, se développent ou s'améliorent les liens avec le haut seuil d'exigence. La réduction des risques est parfois définie comme la première ligne du social alors, pour bien fonctionner, les bases arrières doivent apporter le soutien nécessaire au bon déroulement de l'action. La réduction des risques doit, de son coté, faire l'effort de rester en contact avec le reste des troupes (haut seuil).

De par notre fonctionnement en bas seuil d'exigence, nous sommes confrontés à des problématiques dépassant largement celles du risque SIDA pourtant toujours présent. Les réponses institutionnelles doivent s'adapter à la réduction des risques pour répondre au mieux aux besoins de ce public en situation d'errance. Au travail donc!

SYNTHESE DE L'ATELIER

Marc BRISSON
Office Départemental de Prévention du Sida (O.D.P.S.)

Marie-Ange GEOFFROY
Chrétiens & Sida

- La question de la prévention du sida est apparue comme engloutie dans le contexte beaucoup plus large de la précarité. La situation des personnes en rupture avec le système médico-social, les problèmes psychologiques, psychiatriques, sociaux, sanitaires auxquels elles sont confrontées, laissent peu de place à une approche spécifique de la question du sida. Doit-elle être spécifique ?

Il apparaît qu'une approche globale de la personne en difficulté est nécessaire, ce qui sous entend une certaine polyvalence de l'accueil, alors que, dans le même temps, est exprimé le souci de proposer un lieu où le service sera le mieux adapté à la situation présente tout en tenant compte des priorités des personnes qui ne sont pas forcément celles que perçoit l'accueillant.

La réduction des risques auprès des populations vulnérables se heurte ainsi à des facteurs d'exclusion qui se cumulent souvent (errance, toxicomanie, …). D'où l'importance du travail d'interface à faire avec tous les partenaires.

- Il ne s'agit pas, dans une stratégie de réduction des risques, de tisser les mailles d'un filet dans lequel la personne en situation de vulnérabilité, de précarité, d'errance ou d'affect psychiatrique, irait se prendre coûte que coûte. Par exemple, la question des SDF et de l'errance se heurte aux politiques sociales en France : la domiciliation est le premier repère social (il donne accès aux soins psychologiques ou psychiatriques) or, par définition, le SDF n'a pas de domiciliation .

- La difficulté d'aller à la rencontre d'une demande à partir d'une non-demande a été souligné.

- A propos de la loi, la transgression et la tolérance (particulièrement en ce qui concerne les usagers de drogues) ont été évoquées. La position des associations est fragile dans ce domaine. Elles se trouvent parfois dans l'obligation d'agir hors la loi. Y a-t-il à faire évoluer la loi pour que le travail des associations soit mieux reconnu et mieux conforté ?

Comment légiférer pour rendre cohérent le travail de terrain et celui des institutions médico-sociales du dispositif de droit commun ?
Comment le politique se saisit-il de certaines contradictions ? Citons quelques exemples : le milieu pénitencier où l'on distribue des préservatifs alors même que les textes interdisent les relations sexuelles ; des programmes associatifs de réduction des risques auprès des toxicomanes qui, entre autres, sont basés sur l'information des usagers sur les différents produits alors que la loi l'interdit.
Il existe parfois une volonté institutionnelle non exprimée pour favoriser la réduction des risques en direction de personnes en situation de précarité, d'errance ou d'enfermement, de troubles psychiatriques, de toxicomanie. Cette volonté laisse aux acteurs de terrain une certaine marge de manœuvre et d'action. En revanche, elle se confronte perpétuellement au cadre institutionnel qui ne légifère pas clairement.

- Quelle politique mener qui assure à la fois une égale qualité des soins et un accueil plus souple, tenant compte de la vulnérabilité des personnes?

- Certains moyens utilisés pour la réduction des risques ne fonctionnent pas, tels que certains programmes d'échanges de seringues dans lesquels les distributeurs-échangeurs sont hors d'usage ou ne sont pas utilisés car mal placés.

- Dans un milieu fermé, comme le milieu pénitencier ou le milieu psychiatrique, il est nécessaire de se donner le temps, en lien avec l'institution, de prendre en compte les différentes composantes du milieu de vie des personnes “enfermées” et de celles qui encadrent ou accompagnent. Cette exigence conduit à plus de cohérence et d'efficacité.

- Faut-il renvoyer aux grosses machines déshumanisées le travail des petits services de proximité ? Faut-il travailler à l'humanisation des dispositifs de droits commun ?

Pour résumer

L'échange a fait apparaître la place centrale de la personne vulnérable dans l'ensemble des dispositifs, plus particulièrement le lien fragile qu'il est nécessaire de tisser avec elle en vue de possibles évolutions.

Concernant les acteurs de terrain, il a été soulevé l'intérêt d'un travail en réseau et la nécessité de maintenir ou de créer un lien avec les dispositifs de droit commun : ce qui suppose échanges, efforts de compréhension mutuels et évolutions.

Dans les actions de prévention, il est indispensable d'informer et d'entendre les différents partenaires concernés.

Enfin, il est important de mesurer la dimension politique des actions entreprises et, éventuellement, d'influer sur les choix et les orientations à promouvoir dans le domaine sanitaire et social.

✯✯✯✯✯✯✯ ATELIER N°3 ✯✯✯✯✯✯✯

ÉVOLUTION DES MODES D'INTERVENTION ET DE SOUTIEN AUPRÈS DE PERSONNES PROSTITUÉES ET AUPRÈS DE PERSONNES MIGRANTES

Intervenants : **Françoise GUILLEMAUT**, CABIRIA
Albertine PABINGUI, Présidente de l'AISFAS

Animation : **Nadine CHOPIN**, mission approche sociale, DDASS du Rhône
Rapporteur : **Dr Claire VALETTE**, Ville de Saint-Etienne

Certes, un tel titre peut paraître surprenant en raison de l'amalgame qui pourrait être fait dans son intitulé, mais les organisateurs ont souhaité illustrer la nécessité d'intervention très spécialisée auprès de publics différents présentant des particularismes sociaux, ce qui entraîne une exclusion des circuits traditionnels de soins et de prévention.
Au cours du débat, si l'analyse et la compréhension des mécanismes de cette exclusion se sont révélés nécessaires, il est également apparu indispensable de se poser différentes questions sur nos pratiques et nos représentations en face de certaines différences.
L'atelier a été très vivant, surtout en raison de la disparité professionnelle des différents participants qui à permis des échanges riches et intéressants.

Françoise Guillemaut, Association CABIRIA*

Depuis 1993, CABIRIA développe une action de santé communautaire sur les territoires de la prostitution lyonnaise (prévention MST-VIH, toxicomanie, lutte contre les exclusions). La présence sur le terrain est de l'ordre de 80 heures hebdomadaires qui se déclinent sous forme de sorties de jour et de nuit, d'accueil convivial collectif, de repas, d'entretiens individuels au local et de suivis et accompagnements. L'accueil et les sorties de nuits sont assurés conjointement par une infirmière et un animateur de prévention issus de la communauté.

---

* **CABIRIA**
7, rue Puits-Gaillot BP 1145 69203 Lyon Cedex 01
tel: 04 78 30 02 65 fax: 04 78 30 97 45
e-mail: cabiria@wanadoo.fr site: www.cabiria.asso.fr

En 2000, nous avons distribué 200 000 préservatifs masculins ainsi que du gel et 1000 fémidoms, accompagnés de séances ou d'entretiens d'information.

Sur le plan qualitatif, notre présence sur le terrain et l'accueil au local sont axés sur la convivialité et permettent des interventions adaptées aux demandes des personnes ; les entretiens individuels et les accompagnements sont encore en nette augmentation cette année (1724 accompagnements contre 1600 en 1999). Les accompagnements pour l'accès à la CMU ont été importants. D'autre part les actions spécifiques en direction des personnes migrantes doivent être poursuivies et renforcées.

File active :
750 personnes environ. - 70% de femmes, 20% de transgenders (travestis ou transsexuels), 10% de garçons.- 80 % entre 18 et 35 ans dont 30% de migrantes.- 40% de polytoxicomanes à dominante cocaïne, ecstasy, benzodiazépines, alcool.

Déroulement de l 'action :
- 4 nuits par semaine de 21h à 5h.
- 3 tournées de jour de 14h à 20h. Soit 56 heures dans la rue de jour comme de nuit.
- 4 après-midi d'accueil au local de 14h à 18h (+ accueil informel tous les matins).
- 2 repas par semaine de 18h à 22h. Soit 24 heures au local.
- Une ligne téléphonique d'urgence 24h/24, 7 jours/7.

Les tournées de jour et de nuit, comme l'accueil au local, sont autant de moments pour mettre en oeuvre nos objectifs de prévention et d'accès aux soins. Le travail de réaffiliation sociale et d'accès à la santé nécessite beaucoup de temps de suivi individuel (entretiens et accompagnements) et de relations avec les partenaires.

L'ensemble de ce travail est réparti sur cinq personnes de terrain et la directrice. Il concerne la présence dans la rue et au local, les permanences tournantes pour la ligne d'urgence, tous les entretiens préalables, le soutien et les explications, les prises de rendez-vous et la recherche des solutions ou d'interlocuteurs adaptés dans les services médico-sociaux ou les associations partenaires.

"La solidarité se fonde sur la tolérance et la non-discrimination, sur le refus d'isoler l'état de quelques-uns du sort du plus grand nombre. La solidarité naît lorsque les gens comprennent que les disparités excessives entre les individus compromettent la stabilité du système tout entier. La charité est individuelle, la solidarité est foncièrement sociale ; elle a le souci de la justice sociale, par conséquent de la justice économique et politique. En fait, la discrimination fortuite est si répandue que

toutes les politiques et tous les programmes de santé publique devraient être considérés comme discriminatoires jusqu'à preuve du contraire". Jonathan MANN

Cabiria est une association à parité avec les personnes prostituées à la fois dans le Conseil d'administration et dans l'équipe de terrain. Notre mission première est un travail de santé, prévention et sensibilisation vis-à-vis des MST, du VIH, et des hépatites. Cette mission a rapidement impliqué un travail d'accompagnement social, juridique et de lutte contre les exclusions, ainsi qu'une réflexion plus poussée sur les droits fondamentaux des personnes prostituées (Cabiria, "*Santé communautaire et prostitution, essai critique sur la parité*", Ed. le Dragon-lune. 1999).

Faire évoluer les cadres législatifs.

Dans le code français, marqué par une politique abolitionniste depuis la Loi dite Marthe Richard interdisant les maisons closes, les personnes prostituées sont considérées comme des inadaptées sociales (Ordonnances de 1960 concernant l'homosexualité, l'alcoolisme et la prostitution) qui doivent être réinsérées dans la société en quittant la prostitution. Ces ordonnances ont donné lieu à la mise en place de Services de Réadaptation et de Réinsertion Sociale qui conditionnent l'assistance à l'arrêt de l'activité prostitutionnelle. Si la politique abolitionniste et la révolte des églises en 1975 ont permis une lutte plus efficace contre le proxénétisme et la prostitution forcée, elles n'ont pas donné lieu à un réel débat sur les droits sociaux et civiques des personnes prostituées et, surtout, n'ont pas modifié positivement le regard que la société porte sur elles. Cette politique n'apporte pas de réponse adéquate aux violences que vivent les personnes prostituées de la part de clients, d'institutions, d'organismes parapublics ou des passants car elle les laisse dans une zone de non-droit. Elles éprouvent d'énormes difficultés à accéder à un logement, à la sécurité sociale, à une protection judiciaire et policière et n'ont pas accès aux droits corrélés au travail.

En Hollande, pays marqué par une politique réglementariste, les personnes prostituées gagnent peut-être certains droits liés au travail, mais elles le paient au prix fort puisque l'activité prostitutionnelle est régulée selon des critères correspondant aux besoins de l'Etat et des proxénètes et non des personnes prostituées. Aucune véritable politique d'émancipation incluant les revendications des personnes prostituées n'existe et les personnes prostituées perdent donc beaucoup de pouvoir quant à l'organisation de leur activité et de leur vie.

Cabiria oeuvre à l'élaboration d'une politique en matière de prostitution où les intérêts

des personnes prostituées seront réellement au centre des préoccupations et où leur parole sera considérée. Ni l'abolitionnisme à la française, ni le prohibitionnisme éclairé à la Suédoise (pénalisation des clients), ni le réglementarisme à la hollandaise ne nous semblent conformes à une politique sociale émancipatrice pour les personnes prostituées. Cette nouvelle politique sociale devra nécessairement s'attaquer à la stigmatisation des personnes prostituées, cause importante de leur exclusion sociale et politique. Dans ce sens, il nous semble que de nombreuses réponses peuvent êtres trouvées du côté des analyses féministes non-abolitionistes telles que celles qui sont développées par Paola Tabet ou Gail Pheterson. Il nous semble en effet que le "stigmate de pute" correspond à une façon d'exercer un contrôle masculin sur toutes les femmes (Pheterson, *"le prisme de la prostitution"*. Ed. l'Harmattan. 2000) et, qu'en plus, l'actuelle condamnation de l'activité prostitutionelle invisibilise des formes de transaction économico-sexuelle plus inégalitaires que celles caractérisant la prostitution (Tabet, 1987). Les travaux de Daniel Welzer-Lang montrent que le champ du travail sexuel est plus large que la simple prostitution de rue et que de nombreuses femmes (et hommes) travaillent de façon tout à fait légale (contrats de travail) pour rendre des services sexuels (Welzer-Lang. 1994 et 2000).

La traite des femmes.

De la même façon que la prostitution, la question de la traite des femmes est souvent abordée de façon misérabiliste et réductrice. Si Cabiria ne nie aucunement la réalité de la traite et de la prostitution forcée, nous contestons l'analyse prédominante et l'ambiance xénophobe caractérisant de nombreuses réactions politiques ou médiatiques. Il importe en effet de situer le problème de la traite des femmes dans un cadre plus général constitué de disparités économico-sociales entre pays d'origine (Europe de l'Est et Afrique Subsaharienne) et pays de la CEE, de la division socio-sexuée du marché du travail et des politiques migratoires européennes xénophobes (Cabiria, 2000). Si les femmes constituent aujourd'hui 50 % des migrants, elles ne disposent pas de possibilités de migration et de travail légaux et sont donc obligées de faire appel à des réseaux clandestins qui s'avèrent souvent être des réseaux de traite.

Qu'il s'agisse de la prostitution, du travail domestique ou du marché conjugal, ce "secteur économique" est marqué par son caractère informel et ne donne pas droit à des visas et à des autorisations de travail, d'où la clandestinité, la traite et les abus de pouvoir. Mais la situation des femmes migrantes - victimes de traite ou non - est aggravée par les politiques locales et nationales en matière de migration. Les femmes migrantes prostituées craignent de faire appel à la police ou à la justice puisqu'elles risquent d'être expulsées. De plus, les représentants de l'Etat exigent souvent qu'elles dénoncent les réseaux (ce qui les met en

danger ainsi que leur famille et leurs proches) sous peine d'emprisonnement et d'expulsion. Elles se trouvent ainsi dans la position de "choisir" entre contrainte policière et contrainte des proxénètes.

Cabiria, partenaire de la politique locale.

Le champ prostitutionnel est un miroir grossissant des rapports sociaux marquant notre société, que ce soient les rapports sociaux de sexe, les rapports Nord/Sud et Ouest/Est ou les rapports État/citoyens. Au plan local, à Lyon, Cabiria est ainsi devenu un partenaire des acteurs de la politique locale. Nous mettons par exemple en place, en collaboration avec la Ville de Lyon et suite à des plaintes de riverains, une ligne d'écoute pour les riverains des zones de prostitution. Cette ligne aura pour fonction de mieux comprendre ces plaintes afin de pouvoir les faire entendre aux personnes prostituées et servir ainsi d'interface à ces deux groupes souvent artificiellement opposés. De même, lorsque des élus se plaignent de certains comportements bruyants, nous servons d'interface afin d'éviter une escalade des interventions policières (garde à vue, contraventions). Cabiria effectue également un travail de médiation important entre les différentes communautés au sein du champ prostitutionnel. Ainsi, l'arrivée très médiatisée des femmes migrantes d'Europe de l'Est a causé des conflits importants entre personnes prostituées où conflit de territoire, xénophobie et proxénétisme s'entremêlent. Notre travail consiste alors à sensibiliser les communautés respectives sur les enjeux réels, à déconstruire les mythes accompagnant ces changements sociaux, à favoriser la solidarité contre les violences de proxénètes, de passants ou de clients au-delà des différences d'origine, de religion, de sexe.

Un autre niveau d'intervention politique concerne les différentes demandes de formation, de conseils ou d'information de la part de partis politiques, d'ONG des droits de l'homme, de santé, d'élus confrontés à la question de la prostitution, de la traite et des récents changements au niveau européen (Suède, Pays-Bas). Cabiria interpelle aussi régulièrement les élus locaux, nationaux et européens afin de faire face à certaines situations conflictuelles concernant les prostituées ou les associations de terrain (politiques répressives, harcèlement policier, dénis de justice). Si de nombreux liens informels existent entre associations de terrain, élus, riverains et personnes prostituées, il serait faux de parler d'une réelle politique locale impliquant les différentes personnes concernées, en particulier les personnes prostituées. Si des rencontres ont bien lieu entre élus, services sociaux, associations de terrain et autorités publiques, nous constatons que les personnes prostituées continuent à être exclues de ces réunions. On ne peut donc pas parler d'une réelle politique participative au niveau de la prostitution puisque le poids du stigmate, les préjugés et les à priori continuent de structurer les dynamiques politiques

locales et nationales.

Avoir une éthique commune.

Avant de pouvoir réellement parler d'une pratique de démocratie locale, de participation citoyenne en matière de prostitution, un long chemin reste à parcourir : les élus, les administrations, les associations, les médias doivent apprendre à réellement considérer les personnes prostituées - femmes, hommes et transgenres, locales ou migrantes, françaises ou étrangères - comme des citoyennes à part entière dont la parole est digne d'écoute et de respect. C'est cette éthique qui inspire la pratique de Cabiria depuis 8 ans et qui a permis que les personnes prostituées s'expriment, retrouvent progressivement une dignité, prennent en main leur vie et revendiquent une participation citoyenne. C'est également cette éthique qui devrait guider les élus lorsqu'ils se penchent sur la question de la prostitution : aller sur le terrain, rencontrer les personnes prostituées, organiser des rencontres formelles et informelles afin de dépasser les préjugés, inviter des représentantes des personnes prostituées lors de réunions les concernant. C'est à cette condition seulement que la citoyenneté prendra sens pour des personnes exclues de la société et violemment stigmatisées.

Il ne fait pour nous aucun doute qu'il existe un lien direct entre la situation sociale des personnes prostituées et leur capacité à se maintenir en bonne santé. Autrement dit, plus les personnes se trouvent en situation de précarité économique ou de désaffiliation sociale, plus elles sont en situation de clandestinité ou de dépendance, et moins elles sont aptes à adopter des conduites préventives. Les personnes en situation d 'illégalité et/ou d 'extrême précarité, qui exercent dans des conditions de très grande insécurité et pour qui la prostitution est avant tout un moyen de survie, sont plus que d 'autres fragilisées et conduites à accepter les pratiques non protégées demandées par les clients. Il apparaît en conséquence que toute politique pouvant contribuer à faire de la prostitution une activité clandestine ne pourrait qu'avoir des conséquences extrêmement néfastes sur la santé générale des personnes prostituées.

Au travers de la question de la prostitution, nous interrogeons aussi la place des femmes dans les programmes de lutte contre le sida. Le traitement moral et social de la prostitution renvoie, nous l'avons vu, à la place de l 'ensemble des femmes. Or il est clair que leur capacité à négocier leur protection dans la sexualité est étroitement corrélée à leur pouvoir personnel, social, politique et économique. On pourrait même faire l 'hypothèse que l'épidémie touche plus gravement les femmes dans les secteurs ou régions où elles sont le plus opprimées. La prévalence du VIH chez les femmes ne serait pas seulement une “fatalité” liée au continent (l'Afrique) ou pire, en France, à la couleur de la peau ou au statut social (les pauvres), mais bien une question de politique et de droits.

BIBLIOGRAPHIE

CABIRIA, Rapport d'activité 2000, disponible à l'association.

CORBIN Alain :
"*Le péril vénérien au début du siècle : prophylaxie sanitaire et prophylaxie morale*."
Recherches n° 29.1977.
"*Les filles de noce. Misère sexuelle et prostitution aux XIXème et XXème siècle*".
Ed. Aubier Montaigne. Paris.1978.

MATHIEU Lilian :
"*Prostitution et sida, sociologie d'une épidémie et de sa prévention*".
Ed.L'Harmattan, logiques sociales. Paris.2000.
"*Mobilisations de prostituées*".Ed. Belin socio-histoire. Paris.2001.

ORDONNANCES. Journal Officiel de la République Française, n°60/1245/1246, 27/11/1960.

PHETERSON Gail : "*Le prisme de la prostitution*". Ed. l'Harmattan. Paris.2000.

PRYEN Stéphanie : "*Stigmate et métier, une approche sociologique de la prostitution de rue*".
PUR. Rennes. 1999.

REAL Grisélidis : "*La passe imaginaire.*" Ed. Manya. Paris.1992.

TABET Paola :"*Du don au tarif*." Publication. Les Temps modernes, n° 490. 1987.

WELZER-LANG Daniel, BARBOSA Odette, MATHIEU Lilian :
"*Prostitution, les uns, les unes et les autres*." Ed.Métailié. Paris 1994.

WELZER-LANG Daniel, SCHUTZ SAMSON Martine : "Santé communautaire et prostitution, essai critique sur la parité". Ed. Dragon Lune. Lyon. 1999

WELZER-LANG Daniel : "*Prostitution et travail sexuel, apports des recherches et débats moraux*". Colloque national des violences à l'encontre des femmes à l'Institut d'Etudes Européennes.
Le Monde Diplomatique, 2 1/22 novembre 2000, Paris.

Modes d'intervention auprès du public migrant : le cas des femmes africaines atteintes par le V.I.H. résidant dans le département du Rhône.

Albertine PABINGUI, anthropologue, présidente de l'AISFAS*

Introduction

La santé des femmes africaines en France et plus particulièrement la question du V.I.H. dans cette population à été très peu étudiée. A la différence des autres pays européens, la France a mis plusieurs années pour rendre officiel l'épidémiologie du V.I.H. chez les migrants. La France craignait la récupération de ces chiffres à des fins politiques et racistes. Depuis Avril 1999, grâce au rapport de l'Institut de Veille Sanitaire, sur la situation du sida dans la population étrangère domiciliée en France, on s'est réellement rendu compte de la gravité de cette épidémie chez les migrants et plus particulièrement chez ceux d'Afrique Sub-Saharienne . Les femmes de cette même région en France sont autant touchées que les hommes. Le taux d'incidence cumulé pour cette région représente 11,5%. La transmission hétérosexuelle est majoritaire(89%)

Les derniers chiffres de l'I.V.S.(Sept.2000) nous précisent la progression des nouveaux cas de contamination par le V.I.H. chez les sujets d'Afrique Sub-Saharienne.

Nos propos de cet après-midi mettrons particulièrement l'accent sur quelques femmes africaines touchées par le V.I.H. et qui viennent nous rendre visite à l'A.I.S.F.A.S.(Association Interculturelle de lutte contre le sida entre la France et l'Afrique Sub-Saharienne.). Le sida, comme le soulignent J-P Dozon et A. Guillaume dans « Populations africaines V.I.H. » : bien qu'il touche l'ensemble de la population les femmes sont particulièrement concernées pour de multiples raisons à la fois d'ordre biologique et social et du fait de diverses fonctions qu'elles exercent en tant que mère épouse et acteurs économiques. Par exemple : la femme contaminée continue à subvenir aux besoins de la famille, malgré son état de santé.

Qu'en est –il de la situation des femmes africaines touchées par cette pandémie dans le contexte migratoire ? Comment se représentent-elles leur maladie, leur corps, leur souffrances physiques et/ou mentales ?…

---

* **AISFAS** (Association Interculturelle de lutte contre le sida entre la France et l'Afrique Sub-Saharienne)
18, rue Paul Cazeneuve 69008 LYON
Tel/Fax : 04 37 90 28 22
e-mail : aisfas@wanadoo.fr

Avant d'entrer dans le vif de notre sujet il me semble important de vous faire un bref rappel sur l'histoire de l'immigration africaine en France.

Par rapport à d'autres pays, l'immigration africaine en France est récente, c' est à dire elle date de la seconde guerre mondiale(mise à part les tirailleurs Sénégalais venus pour aider la France dans la guerre). Cette immigration était basée sur la main d'œuvre afin de remettre l'économie de la France en route. Les pays d'émigration étaient essentiellement les pays du bassin du fleuve Sénégal. Ce sont des jeunes hommes d'origine rurale qui viennent en France , en vue de travailler, cumuler de l'argent et repartir construire leur village. C'est à dire que le projet de construire une famille se trouve au village et non en France. Quand on émigre c'est pour le bien de tout le village . Pour cette raison l'immigré n'a pas le « droit » de tomber malade car il sera au chômage, et ne pourra plus subvenir au besoin de la famille restée là bas.

Vers les années 60, c'est l'arrivée en nombre des étudiants d'Afrique centrale puis dans les années 70 grâce à la loi sur le regroupement familial les femmes et les enfants ont pu rejoindre les maris déjà installés en France. Ceci pour dire que l'immigration féminine est récente, que les femmes apparaissent plutôt en majorité comme des épouses rejoignantes dont l'arrivée se fait toujours avec un certain décalage dans le temps. La venue des femmes se fait donc souvent en fonction de la volonté de leur mari. Leurs conditions d'accueil en France sont très dépendantes du milieu sociétal dans lequel les maris sont installés. Jacques Barou note que ce phénomène met dès le départ les femmes africaines dans une situation de dépendance économique et affective dont elles ne peuvent espérer sortir que par l'accès à l'emplois et le développement d'un réseau de sociabilité. La situation d 'isolement que connaissent beaucoup d'entre elles à l'arrivée, les amène souvent à se référer aux valeurs et aux normes de leur culture d'origine pour se définir un comportement et des attitudes. L'indicateur de comportement est par exemple la fécondité qui s'observe chez les femmes d'arrivée récente.

Aujourd'hui, on assiste à une autre forme d'immigration que je qualifierais de sanitaire. Depuis la mise sur le marché de la trithérapie et la mise en application de la loi Chevenement sur l'accès aux traitements pour les étrangers en situation irrégulière, on constate une augmentation du nombre d'étrangers fréquentant les centres de dépistage anonyme et gratuit. Un certain nombre sont des touristes, venus avec un visa court séjour. Ceux-ci se font dépister et dans le cas ou le résultat du test est positif ils décident de rester en France pour se soigner, malgré les conséquences que cette décision peut engendrer pour le migrant au niveau psychique et social.

C'est autour de ces problèmes psycho-sociologiques des migrants africains que l'A.I.S.F.A.S. a jugé nécessaire d'initier une action susceptible d'apporter une aide et un accompagnement adapté, une aide à la compréhension des dispositifs socio-sanitaires et juridique, d'amener les professionnels à prendre en compte la dimension socio-culturelle dans la prise en charge des patients originaires de l'Afrique Sub-saharienne. Nous accueillons prioritairement les femmes Africaines séropositives, mais le groupe reste ouvert à toute personne.

Quelques notions théoriques:

Pour cerner le problème de la santé et de la maladie du sida chez les migrantes africaines, il est important d'avoir un bref aperçu sur les rapports sociaux de sexe, de la division sociale du travail, de la sexualité, du rapport à la fécondité, des représentations des fluides corporels…car ces diverses dimensions peuvent avoir une influence sur la prévention et la prise en charge de cette maladie.

Les façons dont se représentent maladie et guérison, varient d'une société à une autre. Selon F. Laplantine : « *Les façons de se représenter la maladie et la guérison sont extrêmement disparates, ne serait-ce que dans une seule société donnée, à un moment donnée de son histoire, les courants médicaux, les systèmes de pensée, les écoles, les comportements sociaux sont extrêmement variés, et qu'à ces variations sociales s'ajoutent les variations individuelles* ». Tout être humain a besoin de trouver un sens à son expérience de la maladie. Il est aussi important de noter que par rapport à la maladie et à la santé l'irrationnel est présente dans toutes les sociétés du monde et qu'il est important pour les acteurs de santé d'en tenir compte lorsqu'ils prennent en charge des malades étrangers ; mais doivent aussi s'interroger sur leurs à priori sur la santé et la maladie.

Qui sont les femmes qui viennent à l' A.I.S.F.A.S.?

Elles sont toutes entrées en France avec un visa court séjour.

Elles sont : 2 Ivoiriennes , 1 Camerounaise, 4 centrafricaines, 1Rwandaise, une Sénégalaise et une Française. Mise à part deux d'entre elles qui vivent en couple, toutes sont célibataires. Quatre femmes ont laissé leurs enfants dans leur pays d'origine. Deux autres étaient des fonctionnaires de leur Etat. Toutes vivent chez des cousins ou cousines plus ou moins éloignés.

Sur le plan administratif, elles possèdent toutes une autorisation provisoire de séjour, avec la mention : « N'EST PAS AUTORISE A TRAVAILLER ». Elles sont toutes sous trithérapie, et l' observent bien , et ont un suivi médical régulier.

Pourquoi viennent-elles à l'AISFAS ?

Tout simplement pour parler, rigoler comme en Afrique , partager leurs soucis, parler avec les gens qui ont les mêmes problèmes qu'elles, de leurs traitements , des difficultés d'accès aux droits auxquelles elles sont confrontées tous les jours, se donner les nouvelles du pays…

Le climat de confiance que nous leur « offrons » leur permet de s'exprimer sans complexe.

Notre principal objectif est d'apporter une aide et un accompagnement social et psychologique adaptée à la culture de ces femmes , de rompre le silence autour de cette maladie qui reste encore tabou pour beaucoup d'Africains, de leur redonner confiance en elles, afin de construire des projets pour l'avenir, les rendre actrices de prévention dans leur entourage.

Nous réfléchissons actuellement sur des projets qui les aiderait à s'insérer dans la société d'accueil, à valoriser leur savoir-faire…

Nous souhaitons créer des moments conviviaux de rencontres , de paroles , d'échanges entre ces femmes africaines et d'autres personnes de toute origine et sexe confondu, concernées de près ou de loin par cette maladie, afin de faire évoluer les mentalités pour mieux lutter contre cette pandémie, mais c'est aussi un moyen de connaître l'Autre, et de favoriser les échanges interculturels.

Quels sont les problèmes de ces femmes ?

Voici en quelques lignes les propos que nous avons recueilli auprès d'elles :

« *…si j'étais restée en Afrique, je serais déjà morte ma sœur* » !

« *…mon vrai problème c' est de pouvoir travailler, me trouver un logement, faire venir ma fille et je serais ravie* » ;

« *…c'est bien de prendre les médicaments, mais quand on ne mange pas bien on ne peut pas supporter non plus les traitements…* » ;

« *c'est gentil de nous donner les papiers mais le fait qu'on ne nous autorise pas à travailler gâte tout parce qu' on fait comment pour manger, s'habiller, se loger…* » ;

« *… grâce au sida j' ai pu obtenir les papiers pour rester en France. Mon problème c'est que je suis l'aînée de ma famille et je doit m'occuper de mes cadets or dans l'état actuel des choses je ne peux rien faire pour eux alors ça me rend encore plus malade.* »

« *…s'il te plaît ma sœur, aides moi à trouver un logement, car je doit commencer mon traitement et je ne veux pas que mes sœurs soit au courant de ma maladie…* »

« *…ici la famille n'est pas comme en Afrique . La famille peut t'héberger pour un temps mais pas plus, surtout quand tu ne participes pas aux charges, les relations deviennent compliquées…* » .

Nous ne pouvons pas relater tous les témoignages faute de temps, mais ce qu'on peut tirer de ces histoires , c'est que ces femmes sont vulnérabilisées par le V.I.H. mais aussi et surtout par des problèmes administratifs qui les empêchent de bien vivre avec leur maladie. Il reste beaucoup à faire au niveau de la loi pour l'accès à l'emploi ou tout simplement pour l'accès aux droits des étrangers malades.

Albertine Pabingui nous à fait part de son expérience auprès de femmes migrantes au sein de l'association AISFAS.
Sa formation de sociologue, son origine centre africaine, lui permet une approche très pertinente des difficultés rencontrées par les femmes africaines, de leurs problèmes, de leurs peurs et de leurs réticences en face de notre système de soins et de prévention.
Car si les principes même de prévention ne sont pas différents, ce sont les outils et le mode de communication qui sont entièrement à repenser en se basant, par exemple, sur l'expérience qui nous est décrite.
.
Un des atouts de l'intervenante est de pouvoir proposer des réponses, certes parcellaires, mais acceptées et comprises par les femmes migrantes.

En l'écoutant, il est apparu évident pour chacun d'entre nous que la connaissance des traditions, coutumes et croyances était indispensable pour avoir un minimum d'efficacité et d'adhésion de la part des femmes africaines séjournant en France.

De même, il est ressorti le manque d'informations dont disposaient la plupart des membres de l'auditoire sur les circuits de prise en charge et d'aide pour des patients étrangers ne possédant, parfois, qu'un simple visa de touriste.

C'est un véritable parcours du combattant pour ces familles étrangères pour avoir accès à un travail, un logement ou à des soins dont le coût est loin d'être négligeable.
La discussion avec la salle s'est attardée un moment autour de cette problématique et il serait peut-être intéressant dans le prolongement de cette journée d'organiser une rencontre sur ces sujets.

Sur un ton très différent, Françoise Guillemaut nous a fait part du travail effectué auprès des femmes prostituées par l'association Cabiria.

Elle rencontre des difficultés, non pas uniquement en raison du public rencontré, mais également à cause des incompréhensions des pouvoirs publics et « des tracasseries » policières dont ont fait l'objet quelques-uns de ses membres.

Le parcours, l'origine de ces jeunes femmes a beaucoup changé en dix ans ; le système maffieux lui-même s'est modifié et il est important de connaître ces modifications avant d'initier un projet de prévention sur le terrain.
De la même manière, pour prétendre avoir une action individuelle auprès d'une prostituée, il est nécessaire de connaître sa trajectoire personnelle, son histoire, son « voyage » pour pouvoir l' aider.

Les représentations des pouvoirs publics et de la société face à la prostitution sont importantes à analyser et à prendre en compte car l'efficacité des différentes actions sera conditionnée par ces notions. Il faudrait avoir une position claire en face de la prostitution et du statut de ces femmes.

A travers ces deux interventions, c'est une véritable interpellation des institutions qui a eu lieu.

CONCLUSION

Par Marc Horwitz, journaliste au
“Journal du Sida et de la Démocratie sanitaire”.

Mise en perspective

C'est un défi que m'ont lancé là les organisateurs de cette journée régionale d'information et d'échanges. En effet, la diversité des interventions, leur richesse sont telles qu'il ne peut être question de vous livrer en cet fin d'après-midi une synthèse de ce que j'ai entendu, ce qui c'est dit.

Permettez-moi donc de commencer par une pirouette.

Sur le programme, “vulnérabilités” est écrit avec un " v " minuscule et mis au pluriel. Si on veut donner du sens - et je crois que cette journée aura montré qu'il fallait donner à ce mot du sens ! -, il faut sans doute l'écrire avec un " V " majuscule et presque naturellement au singulier.

Le " V " majuscule peut choquer. Il a un côté paradoxal puisqu'il pourrait être assimilé au " V " de la victoire. A bien y réfléchir, je crois bien qu'il n'y a pas ici de contresens et je vais m'en expliquer. C'est bien une victoire que d'être parvenu à mettre ces vulnérabilités en exergue. C'est ainsi, au premier plan, bien apparentes qu'elles peuvent être le mieux combattues. Encore faut-il que l'on sache sur quelles données on se fonde pour mener ce combat. Par conséquent, il faut insister sur la nécessité d'une rigueur épidémiologique dès lors que l'on parle en termes de santé publique en général ou d'infection par le VIH en particulier. Je sais que cela peut être étouffant, mais le journaliste spécialiste que je suis doit dire et redire que le message - je dirais volontiers pédagogique - n'a de force, de vigueur et d'efficacité que si la construction des modèles a des bases solides.

Il est assez exceptionnel de pouvoir réunir en un même lieu des chercheurs d'une part, des femmes et des hommes de terrain de l'autre. Il est encore plus rare de les faire dialoguer. Il serait dommage qu'ils repartent les uns et les autres avec l'impression de ne pas avoir été écoutés les uns par les autres. C'est le type même de malentendus - le mot prend ici d'étranges résonances - qui n'a pas lieu d'être dès lors que chacun fait des efforts pour chercher à comprendre ce que l'autre veut dire, qu'il s'attache à sortir de sa coquille - son environnement, son métier - pour se mettre véritablement à l'écoute.
Qu'ai-je entendu ce matin qui peut être mis en relation directe avec les travaux de cette après-midi ? Tout d'abord, la nécessité de remettre toujours l'ouvrage sur le métier. Au-

delà des pratiques ou de la pratique quotidienne, les interventions parfois difficiles de Marcel Calvez, François Delor, Isabelle Modolo et Philippe Adam doivent amener à des questionnements sur le terrain. Il ne sert à rien de parler de vulnérabilité(s) dans le champ qui est celui du VIH/sida sans ré-interroger les modèles sociaux et cliniques qui sous-tendent - ou devraient sous-tendre - toutes les politiques mises en place. Informer, échanger, c'est se remettre en cause en permanence, autrement c'est progresser.

En évacuant au cours de cette journée régionale, le " strictement médical ", nous avons été plongés dans le bain des sciences humaines et c'est sacrément dynamisant car cela " colle à la peau " du thème développé. C'est même le corpus naturel de cette vulnérabilité qui nous ramène toujours à l'essentiel, le mythe d'Achille sans doute dont le beau texte d'Isabelle Modolo nous a montré qu'il pouvait avoir une certaine actualité, mais bien plus encore à cette fragilité de l'humain, sa certitude - consciente ou non - qu'il va mourir.

J'en arrive au dernier point que je veux développer car il me semble qu'il nous a littéralement enveloppé aujourd'hui : les enjeux socio-économiques, voire politiques, des conduites à risque.

Je ne sais toujours pas en cette fin de journée, après avoir écouté toutes le interventions et participé aux travaux des ateliers, si la vulnérabilité naît de l'exclusion ou si, à l'inverse, l'exclusion trouve son étiologie dans la vulnérabilité. Cela n'a peut-être pas d'importance. ce qui compte en revanche, c'est de ne laisser personne sur le bord du chemin. Il ne faut pas seulement prévenir, même si c'est fondamental, il faut aller plus loin en assistant les personnes en détresse et en leur permettant de se ré-approprier l'ensemble des facteurs qui sont à l'origine de leurs difficultés. Il n'y a pas de véritable lutte contre la précarité hors d'une politique ou de programmes d'actions participatives et - pour moi ce " et " est capital - communautaires, au sens de "travailler ensemble".

Pour finir, la priorité des priorités est d'éviter l'exclusion et de s'en donner les moyens. Beaux discours ! La réalité est bien moins belle, et pourtant il n'y a pas d'autres solutions si l'on veut qu'au pays des droits de l'homme, le droit à la dignité entre dans les faits. Cela veut aussi dire que si l'on parle de " Sida et vulnérabilités ", on prenne en compte les populations les plus fragilisées " dans " leurs différences qu'elles soient linguistiques, ethniques ou culturelles. Il n'y a pas solidarité sans chaîne d'union, il faut - et c'est ce que j'ai compris à vous écouter lors de cette journée - travailler dans le temps et en réseau pour assurer la pérennité de l'Action avec un " A " majuscule puisqu'elle n'est humaine que si elle a de la noblesse d'âme.
Un dernier mot qui s'adresse à Valérie Ogier et Patrick Pelège que je tiens à remercier de m'avoir invité et à vous tous merci de m'avoir accueilli et écouté.

BIBLIO

SIDA ET VULNERABILITES

Sélection bibliographique
extraite de la base de données bibliographiques
DOCSIDA (réseau des **CRIPS**)

Bibliographie réalisée par le service documentation du CRAES-CRIPS Rhône-Alpes

Table des matières

Généralités 91
Femmes 91
Migrants 95
Populations précarisées 97
Handicap 98
Jeunes gays 99
Détenus 100
Toxicomanes 101

Notes :

Présentation de cette bibliographie : du document le plus récent au plus ancien

Pour le champ localisation des documents dans le réseau des CRIPS :
IDF : CRIPS Ile-de-France
MARS : CRIPS Marseille
NICE : CRIPS Nice
AQUI : CRIPS Aquitaine
AUV : CRIPS Auvergne
NPDC : CRIPS Nord – Pas-de-Calais
PDL : CRIPS Pays de la Loire
RA : CRIPS Rhône-Alpes

Généralités

MOATTI J-P
ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le Sida), France
Les nouveaux enjeux pour les sciences socio-comportementales face à l'épidémie de sida
in : Le sida en Europe, nouveaux enjeux pour les sciences sociales : 2e conférence européenne sur les méthodes et les résultats des recherches en sciences sociales sur le sida
Extrait ; Français ; Paris : Agence Nationnale de Recherches sur le Sid ; 1998/07 ; Coll. : Sciences sociales et sida ; ISN : 2 910143 12 0 ; pp. 57-68
Congrès : Le sida en Europe : nouveaux enjeux pour les sciences sociales, Paris, 1998/01/12-15
Thème principal : SCIENCES SOCIALES
SCIENCES SOCIALES ; RECHERCHE ; IMPACT ; POLITIQUE SANITAIRE ; OBSERVANCE ; CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ; VIVRE AVEC LE VIH/SIDA ; EUROPE
Résumé : Cet article très dense analyse les implications pour la recherche en sciences sociales et comportementales des nouvelles thérapeutiques ainsi que des nouvelles tendances de l'épidémie (concentration dans les groupes sociaux et les pays les plus vulnérables). L'auteur insiste sur la nécessité de "revisiter" de "vieilles" questions, dont celle de "l'exceptionnalisme" de la lutte contre le sida en comparaison d'autres pathologies du domaine de la santé publique.
Cote LYON : 0603/ANR

HUBERT M, dir. ; THERY I, dir. ; BOCHOW M ; FASSIN D
Populations vulnérables et situations de vulnérabilité = Vulnerable populations and vulnerable situations
in : Le sida en Europe : nouveaux enjeux pour les sciences sociales, 2ème Conférence européenne sur les méthodes et les résultats des recherches en sciences sociales sur le sida, articles réalisés pour les sessions de synthèse = AIDS in Europe : new challenges for social and behavioural sciences, 2nd European Conference on the methods and results of social and behavioural research on AIDS, working papers for synthesis session
Extrait ; Français ; Anglais ; 1998/01/12 ; pp. 347-372
Congrès : Le sida en Europe : nouveaux enjeux pour les sciences sociales, Paris, 1998/01/12-15
Thème principal : STATUT SOCIO-ECONOMIQUE
STATUT SOCIO-ECONOMIQUE ; HOMOSEXUEL ; PREVALENCE VIH ; COMPORTEMENT A RISQUE ; FACTEUR SOCIO-ECONOMIQUE ; MIGRANT ; FRANCE ; ALLEMAGNE ; AUSTRALIE ; AFRIQUE
Localisation : IDF ; AUV ; PDL

Conseil Oecuménique des Eglises, Suisse
Face au sida : éducation dans des situations de vulnérabilité au sida
Guide ; Français ; 1998 ; 42 [24+18] p. ; glossaire
Thème principal : PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE
PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ; CHRISTIANISME ; COMMUNAUTE ; CHANGEMENT DE COMPORTEMENT ; SOLIDARITE ; SOUTIEN SPIRITUEL ; ENGAGEMENT ; VULNERABILITE ; INTERNATIONAL
Public : RELIGIEUX
Description : Ce guide est composé de 21 fiches insérées dans une pochette.
Résumé : Organisé autour de quatre thèmes (communauté, changement, vulnérabilité, soins et prévention), ce guide est destiné aux animateurs des communautés religieuses chrétiennes. Il définit des objectifs, propose des textes de référence et des exemples de terrain pour aider à la réflexion, des activités à faire et des questions à discuter au sein du groupe. A chaque thème est rattachée une réflexion biblique spécifique.
Localisation : IDF

ONUSIDA, Genève
Elargir la riposte mondiale au VIH/sida par une action mieux dirigée. Réduction du risque et de la vulnérabilité : définitions, analyse raisonnée et voies à suivre
Synthèse ; Français ; Genève : ONUSIDA ; 1998 ; 16 p.
Thème principal : PREVENTION PRIMAIRE
PREVENTION PRIMAIRE ; ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL ; FACTEUR DE RISQUE ; RECOMMANDATION ; INTERNATIONAL ; PVD
Localisation : IDF ; AUV

Femmes

DGS (Direction Générale de la Santé), France ; CESES (Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida) ; Sida Info Service, France
Femmes et infection à VIH en Europe : actes du colloque, 14-15 novembre 1997, à Paris
Acte de colloque ; Synthèse ; Français ; Vanves : Comité Français d'Education pour la Santé ; 1999/08 ; Coll. : VIH/Sida ; ISN : 2 908444 53 4 ; 331 p.
Congrès : Femmes et infection à VIH en Europe, Paris, 1997/11/14-15
Thème principal : FEMME
FEMME ; EPIDEMIOLOGIE ; FACTEUR DE RISQUE ; TRANSMISSION SEXUELLE ; TRANSMISSION VERTICALE ; FACTEUR SOCIO-ECONOMIQUE ; DEPISTAGE ; MIGRANT ; PRISE EN CHARGE ; GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; PRESERVATIF FEMININ ; ETHIQUE ; CAMPAGNE D'INFORMATION ; SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ; FEMME ENCEINTE ; REPRESENTATION ; POLITIQUE SOCIO-SANITAIRE ; ECOUTE TELEPHONIQUE ; VULNERABILITE ; FRANCE ; EUROPE
Résumé : Après un point sur l'épidémiologie de l'infection à VIH chez les femmes en Europe, cet ouvrage s'attache à cerner les spécificités féminines de l'infection : histoire naturelle de la maladie, atteinte gynécologique, transmission sexuelle et verticale. La prise en charge est détaillée : dépistage, suivi, traitement, accompagnement, soutien psychologique et social. Plusieurs séances sont consacrées à l'impact de l'infection à VIH sur la vie sexuelle, sociale, affective et psychologique des jeunes. Dix ateliers se sont penchés sur des points précis : dépistage ; prévention de la transmission hétérosexuelle et préservatif féminin ; carences de la prise en charge ; gynécologie ; maternité ; sexualité ; vulnérabilité transculturelle des femmes ; cas particuliers : toxicomanie, précarité, prostitution, violence, prison, clandestinité ; l'homme hétérosexuel ; action politique. Pour chaque atelier sont restitués à la fois la synthèse présentée en séance plénière et l'intégralité des débats. Ceux-ci ont reflété la multiplicité des points de vue et témoigné de la difficulté d'aboutir pour le moment à un consensus sur ces différentes questions.
Cote LYON : 070202/MIN

DGS (Direction Générale de la Santé), France ; CESES (Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida) ; Sida Info Service, France
Atelier n° 7 : facteurs aggravants de la vulnérabilité, âges, toxicomanie, précarité, violence
in : Femmes et infection à VIH en Europe : actes du colloque, 14-15 novembre 1997, à Paris
Extrait ; Français ; Vanves : Comité Français d'Education pour la Santé ; 1999/08 ; Coll. : VIH/Sida ; ISN : 2 908444 53 4 ; pp. 238-259
Congrès : Femmes et infection à VIH en Europe, Paris, 1997/11/14-15
Thème principal : FEMME
FEMME ; SOUFFRANCE ; VIOLENCE ; DENI ; PREVENTION TRANSMISSION SEXUELLE ; COMMUNICATION ; MESSAGE DE PREVENTION ; SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ; VULNERABILITE ; FRANCE
Cote LYON : 070202/MIN

DGS (Direction Générale de la Santé), France ; CESES (Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida) ; Sida Info Service, France
Atelier n° 6 : vulnérabilité transculturelle des femmes, image, représentations et statut socioculturel
in : Femmes et infection à VIH en Europe : actes du colloque, 14-15 novembre 1997, à Paris
Extrait ; Français ; Vanves : Comité Français d'Education pour la Santé ; 1999/08 ; Coll. : VVIH/Sid ; ISN : 2 908444 53 4 ; pp. 218-237
Congrès : Femmes et infection à VIH en Europe, Paris, 1997/11/14-15
Thème principal : REPRESENTATION
FEMME ; FACTEUR SOCIOCULTUREL ; SOLITUDE ; ROLE SEXUEL ; MIGRANT ; IMAGE DE SOI ; ACTION DE TERRAIN ; USAGER DE DROGUE ; ISOLEMENT SOCIAL ; VULNERABILITE ; GUYANE FRANCAISE ; COTE D'IVOIRE ; FRANCE ; URUGUAY
Cote LYON : 070202/MIN

DA PAZ E
Sida Info Service, France ; DGS (Direction Générale de la Santé), France ; CESES (Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida)
Les services téléphoniques : à l'écoute des femmes
in : Femmes et infection à VIH en Europe : actes du colloque, 14-15 novembre 1997, à Paris
Extrait ; Français ; Vanves : Comité Français d'Education pour la Santé ; 1999/08 ; Coll. : VIH/Sida ; ISN : 2 908444 53 4 ; pp. 35-39
Congrès : Femmes et infection à VIH en Europe, Paris, 1997/11/14-15
Thème principal : FEMME
FEMME ; VOLONTAIRE ; ANNONCE DE LA SEROPOSITIVITE ; MERE ; TEMOIGNAGE ; RELATION SOIGNANT-SOIGNE ; IMAGE DE SOI ; CULPABILITE ; ANTIPROTEASE ; EFFET SECONDAIRE ; VULNERABILITE ; SIDA INFO SERVICE ; FRANCE
Cote LYON : 070202/MIN

MARTY-DOUBLE C ; DA PAZ E

Sida Info Service, France ; DGS (Direction Générale de la Santé), France ; CESES (Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida)
Femmes et infection à VIH : enjeux d'hier et d'aujourd'hui
in : Femmes et infection à VIH en Europe : actes du colloque, 14-15 novembre 1997, à Paris
Extrait ; Français ; Vanves : Comité Français d'Education pour la Santé ; 1999/08 ; Coll. : VIH/Sida ; ISN : 2 908444 53 4 ; pp. 20-23
Congrès : Femmes et infection à VIH en Europe, Paris, 1997/11/14-15
Thème principal : FEMME
FEMME ; FACTEUR DE RISQUE ; TRANSMISSION HETEROSEXUELLE ; VIOLENCE SEXUELLE ; FACTEUR SOCIO-ECONOMIQUE ; IMPACT DE LA SEROPOSITIVITE ; SOLITUDE ; NEGOCIATION SEXUELLE ; VULNERABILITE ; FRANCE
Cote LYON : 070202/MIN

LAVAUD S
Une épidémie au féminin
Article ; Français ; Revue : Journal du Sida (Le) ; 1999/01 ; n° 112-113 ; ISN : 1153 0863 ; pp. 8-10
Thème principal : FEMME
FEMME ; EXPOSITION AU RISQUE ; FACTEUR DE RISQUE ; VIOLENCE SEXUELLE ; USAGE DU PRESERVATIF ; CONTRACEPTION ; PRESERVATIF FEMININ ; PREVENTION ; PROGRAMME ; GROUPE DE PAROLE ; ISOLEMENT SOCIAL ; VULNERABILITE ; FRANCE
Résumé : Vulnérabilité physiologique à l'infection par le VIH, statut socio-économique moins élevé, lacunes de la prévention, manque d'autonomie face aux moyens de protection : les femmes ne sont à l'évidence pas égales aux hommes face au sida. Jusqu'à présent, les décisions politiques à destination des femmes ont principalement concerné la transmission materno-foetale. Néanmoins, en France, depuis deux ans, des initiatives menées par des femmes du milieu associatif, médical et social ont fait émerger la thématique "femme et VIH".
Cote LYON : Journal du Sida, 112-113

ELKRIEF G ; Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'Etat à la Santé et à l'Action sociale, France ; CESES (Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida) ; Sida Info Service, France
Femmes et infection à VIH en Europe
Vidéo ; Acte de colloque ; Français ; 1999 ; Coll. : Collection VIH/sida ; 24 min.
Congrès : Femmes et infection à VIH en Europe, Paris, 1997/11/14-15
Thème principal : FEMME
FEMME ; EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE ; PREVENTION PRIMAIRE ; PRISE EN CHARGE MEDICALE ; ACCES AUX SOINS ; PRESERVATIF ; SEXUALITE ; MIGRANT ; TRANSMISSION SEXUELLE ; TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL ; DEPISTAGE ; FEMME ENCEINTE ; VULNERABILITE ; FRANCE
Public : PERSONNEL DE SANTE
Résumé : Cette vidéocassette présente une sélection des interventions de professionnels de la santé lors du colloque "Femmes et infection à VIH en Europe" ainsi que des interviews de personnalités politiques participant aux débats.
Les différents thèmes retenus mettent en évidence la vulnérabilité des femmes face au VIH, en France, en 1997, et la nécessité de prendre en compte les spécificités féminines de l'infection dans l'élaboration d'actions de prévention ciblées, et de mesures de prise en charge sociale ou médicale adaptées.
Production : Paris : Direction Générale de la Santé
Diffusion : CFES Diffusion - VHS SECAM - Diffusion gratuite
Cote LYON : B12/CES

DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales), Provence-Alpes-Côte d'Azur
Parce que nous, les FEMMES, sommes en première ligne. Sida, pouvoir en parler, savoir s'en protèger
Synthèse ; Français ; 1999 ; 10 p. ; liste d'adresses ; tableau
Thème principal : CAMPAGNE D'INFORMATION
FEMME ; CAMPAGNE D'INFORMATION ; MORBIDITE ; FACTEUR DE RISQUE ; PREVENTION ; MESSAGE DE PREVENTION ; PROVENCE ALPES COTE D'AZUR
Public : RELAIS DE PREVENTION
Résumé : Dans le cadre du Programme Régional de Santé - Sida 1998/2000 en PACA, et compte tenu de l'évolution de l'épidémie de l'infection à VIH, la DRASS et les DDASS de la Région PACA se sont mobilisées sur le thème "Femmes et VIH". Ce document, destiné aux personnes relais de prévention, reprend l'argumentaire de la campagne de communication (épidémiologie, vulnérabilité des femmes par rapport au VIH) et en expose les objectifs et les différentes déclinaisons : spots radio, affiches, dépliants.
Localisation : MARS ; IDF ; NICE

Sida Info Service, Paris
Femmes de Bourgogne : sexualité et prévention
Acte de colloque ; Français ; 1999

Congrès : Femmes de Bourgogne : sexualité et prévention, Dijon, 1999/11/25
Thème principal : FEMME
FEMME ; EDUCATION SEXUELLE ; ROLE SEXUEL ; PREVENTION TRANSMISSION SEXUELLE ; ENQUETE ; ETUDIANT ; ACTION DE TERRAIN ; USAGE DU PRESERVATIF ; CONNAISSANCE ; BESOIN EN INFORMATION ; INFORMATION CIBLEE ; ECOUTE TELEPHONIQUE ; VULNERABILITE ; SIDA INFO SERVICE ; FRANCE ; BOURGOGNE
Résumé : Après avoir rappelé l'histoire de la sexualité féminine, ce document analyse une enquête réalisée auprès de trois cent étudiantes. Il présente ensuite le programme de prévention de l'Université en direction des jeunes femmes. A travers l'expérience des acteurs de terrain et des écoutants de Sida Info Service, sont abordées l'information et ses méthodes.
Localisation : IDF ; NICE ; PDL ; MARS

CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida), Provence-Alpes-Côte d'Azur
Les femmes et l'infection à VIH
Dossier ; Synthèse ; Français ; 1998/07 ; 5 p. ; tableau
Thème principal : FEMME
PREVENTION TRANSMISSION SEXUELLE ; PRESERVATIF FEMININ ; EXPOSITION AU RISQUE ; SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ; MORBIDITE ; VULNERABILITE ; PROVENCE ALPES COTE D'AZUR ; BOUCHES DU RHONE
Résumé : Les données épidémiologiques soulignent la forte progression de la contamination du VIH chez la femme. Aussi ce document rend-il compte de la vulnérabilité des femmes, tant sur le plan de leur propre condition que sur le plan biologique. Les différents moyens de prévention y sont abordés. Il est notamment question du préservatif féminin, de son utilisation et de l'état de sa commercialisation. Enfin, le programme de prévention à travers la mise en place de groupes de femmes dans les Bouches-du-Rhône est brièvement présenté.
Localisation : MARS ; IDF

DRESSEN C, dir.
Femmes et sida
in : Féminin santé
Extrait ; Français ; Paris : Comité Français d'Education pour la Santé ; 1998/04 ; Coll. : La santé en action ; ISN : 2 908444 27 5 ; pp. 283-298
Thème principal : FEMME
FEMME ; EPIDEMIOLOGIE ; FACTEUR DE RISQUE ; TRANSMISSION VERTICALE ; DEPISTAGE PRENATAL ; ACCES AUX SOINS ; PREVENTION PRIMAIRE ; VULNERABILITE ; FRANCE
Cote LYON : K0302/DRE

LEGENDARME P
Droits de l'homme et droits des femmes : l'altérité est-elle possible ?
Article ; Français ; Revue : Journal du Sida (Le) ; 1998/01 ; n° 102 ; ISN : 1153 0863 ; pp. 26-27
Congrès : Conférence internationale sur les MST/SIDA en Afrique : "SIDA et développement", Abidjan, 1997/12/07-11
Thème principal : FEMME
FEMME ; TRANSMISSION HOMME-FEMME ; RELATION DE COUPLE ; DENI ; SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ; PSYCHOLOGIE ; EXCLUSION SOCIALE ; VULNERABILITE ; EUROPE ; AFRIQUE
Résumé : Une très grande majorité des femmes atteintes par le VIH en Afrique comme en France ont été contaminées à leur insu, ignorant la séropositivité de leur mari, conjoint ou partenaire qui se savait contaminé. D'autres, soupçonnant le risque pris par leur partenaire, ont cédé au déni de leur conjoint par peur du rejet et de l'exclusion.
Cote LYON : Journal du sida, 102

MARASCHIN J
La vulnérabilité des femmes au VIH
Article ; Français ; Revue : Journal du Sida (Le) ; 1997/12 ; n° 101 ; pp. 11
Thème principal : FEMME
FEMME ; TRANSMISSION HOMME-FEMME ; APPAREIL GENITAL FEMININ ; EPIDEMIOLOGIE ; TAUX DE TRANSMISSION ; DYSPLASIE ; NEOPLASIE ; PAPILLOMAVIRUS
Résumé : Alors que la population féminine est de plus en plus touchée par le sida, en Europe comme dans le reste du monde, les femmes restent encore aujourd'hui "les grandes oubliées" de l'épidémie.
Cote LYON : Journal du sida, 101

ONUSIDA, Genève
Les femmes et le sida : point de vue ONUSIDA
Synthèse ; Français ; Genève : ONUSIDA ; 1997/10 ; Coll. : Meilleures pratiques ; 6 p.
Thème principal : FEMME
FEMME ; EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE ; FACTEUR DE RISQUE ; RECOMMANDATION ; VULNERABILITE ; INTERNATIONAL ; PVD

Localisation : IDF

FAURE L ; JULIEN A ; FAURE L ; JULIEN A
Une contamination secrète
Vidéo ; Documentaire ; Français ; 1997 ; 58 min.
Thème principal : FEMME
FEMME ; STATUT SOCIO-ECONOMIQUE ; REPRESENTATION ; SEXISME ; DISCRIMINATION ; PRESERVATIF ; SEXUALITE ; PROSTITUE ; ANNONCE DE LA SEROPOSITIVITE ; ACCES AUX SOINS ; VIVRE AVEC LE VIH/SIDA ; USAGER DE DROGUE INJECTABLE ; ROLE SEXUEL ; RELATION DE COUPLE ; FAMILLE ; FRANCE ; PVD ; AFRIQUE ; MAGHREB
Public : FEMME ; GRAND PUBLIC ; RELAIS DE PREVENTION
Résumé : Ce documentaire a pour objectif d'attirer l'attention sur la haute vulnérabilité des femmes à l'infection à VIH, en France comme en Afrique. De nombreux intervenants - anthropologues, sociologue, épidémiologiste, gynécologue, représentante du mouvement féministe - expliquent comment règne dans l'imaginaire collectif une prioorité du masculin sur le féminin, et commentent l'impact que cela a sur le statut des femmes vis à vis de la maladie. Des témoignages de femmes contaminées par voie hétérosexuelle mettent en relief les spécificités du vécu de la maladie, du ressenti de leur entourage et des représentations de la société.
Production : Paris : Quatre à Quatre ; Paris : Zoobabel films
Diffusion : Quatre à Quatre - VHS PAL - 482 F
Cote LYON : B07/FAU

FAURE L ; JULIEN A ; FAURE L ; JULIEN A
Pour une prévention au féminin
Vidéo ; Documentaire ; Français ; 1997 ; 26 min.
Thème principal : FEMME
FEMME ; TEMOIGNAGE ; PRESERVATIF MASCULIN ; TRANSMISSION ; PREVENTION ; CONTRACEPTION ; DEPISTAGE ; MIGRANT ; POUVOIR DANS LE COUPLE ; INFORMATION CIBLEE ; PRESERVATIF FEMININ ; SPERMICIDE ; FRANCE
Public : FEMME ; GRAND PUBLIC
Résumé : Documentaire sur la vulnérabilité des femmes face au VIH. Microtrottoir sur la perception du sida, les modes de transmission, la prévention. Interviews de femmes, d'adolescentes, de femmes originaires d'Afrique sur les difficultés des femmes face à la prévention, pour aborder la question du préservatif et imposer son utilisation. Mises au point médicales sur la transmission du VIH, la contraception, le préservatif, le dépistage.
Production : Paris : Quatre à Quatre ; Paris : Zoobabel films
Diffusion : Quatre à Quatre - VHS PAL - 240 F
Cote LYON : B07/FAU

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Secrétariat d'Etat à la Santé, France ; CESES (Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida) ; Sida Info Service, France
Colloque femmes et infection à VIH en Europe : 14 et 15 novembre 1997, Paris
Acte de colloque ; Français ; 1997 ; 134 p.
Congrès : Femmes et infection à VIH en Europe, Paris, 1997/11/14-15
Thème principal : FEMME
FEMME ; EPIDEMIOLOGIE ; HISTOIRE NATURELLE DE LA MALADIE ; POLITIQUE SANITAIRE ; COUNSELLING PRE-POST TEST ; TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL ; PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE ; ECOUTE TELEPHONIQUE ; ATTEINTE GENITALE ; SEXUALITE ; DESIR D'ENFANT ; MIGRANT ; VIVRE AVEC LE VIH/SIDA ; VULNERABILITE ; FRANCE ; EUROPE ; GUYANE FRANCAISE ; ESPAGNE ; GRECE ; ROYAUME-UNI
Localisation : IDF ; PDL ; NICE ; AQUI

Migrants

DELAUNAY K
Des groupes à risque à la vulnérabilité des populations africaines, discours sur une pandémie
in : Le sida des autres : constructions locales et internationales de la maladie
Article ; Français ; Revue : Autrepart ; 1999/11 ; n° 12 ; ISN : 1278 3986 ; pp. 37-51
Thème principal : EPIDEMIOLOGIE ANALYTIQUE
EPIDEMIOLOGIE ANALYTIQUE ; CONCEPT ; HISTORIQUE ; GROUPE DE TRANSMISSION ; VULNERABILITE ; AFRIQUE
Localisation : IDF ; PDL ; NICE ; AQUI

HIMMICH H

DGS (Direction Générale de la Santé), France ; CESES (Centre Européen pour la Surveillance Epidémiologique du Sida) ; Sida Info Service, France
Femmes maghrébines et VIH
in : Femmes et infection à VIH en Europe : actes du colloque, 14-15 novembre 1997, à Paris
Extrait ; Français ; Vanves : Comité Français d'Education pour la Santé ; 1999/08 ; Coll. : VIH/Sida ; ISN : 2 908444 53 4 ; pp. 82-84
Congrès : Femmes et infection à VIH en Europe, Paris, 1997/11/14-15
Thème principal : FEMME
FEMME ; FACTEUR SOCIOCULTUREL ; CONNAISSANCE ; PERSONNE SEROPOSITIVE ; PROSTITUE ; MIGRANT ; VULNERABILITE ; MAGHREB ; MAROC ; FRANCE
Cote LYON : 070202/MIN

CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida), Ile-de-France
Sida et migrants, une épidémie cachée ? : 33ème rencontre du CRIPS
Numéro spécial ; Acte de colloque ; Français ; Revue : Lettre du CRIPS Ile-de-France (La) ; 1999/01 ; n° 49 ; ISN : 1242 1693 ; 8 p.
Congrès : Sida et migrants : une épidémie cachée ?, Paris, 1998/12/17
Thème principal : MIGRANT
MIGRANT ; EPIDEMIOLOGIE ; PRISE EN CHARGE ; ACCES AUX SOINS ; PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ; PREVENTION ; VULNERABILITE ; FRANCE ; SEINE SAINT DENIS ; PAYS BAS ; ROYAUME-UNI ; AFRIQUE
Résumé : Florence Lot, épidémiologiste, présente et analyse les chiffres disponibles. Vincent Jeantils, praticien hospitalier, témoigne de son expérience de terrain à Bondy, Seine-Saint-Denis. Osvaldo Brito, coordinateur de prévention, rapporte l'exemple de Rotterdam. Joshua Dongo, promoteur de santé dans les communautés africaines, expose la stratégie utilisée à Londres.
Cote LYON : Lettre du CRIPS, 49

TASSERIT S
Migrants, VIH et désaffiliation sociale
Article ; Français ; Revue : Journal du Sida (Le) ; 1999/01 ; n° 112-113 ; ISN : 1153 0863 ; pp. 4-7
Thème principal : ISOLEMENT SOCIAL
PERCEPTION DU RISQUE ; REPRESENTATION DE LA MALADIE ; ANNONCE DE LA SEROPOSITIVITE ; ENTOURAGE ; MIGRANT ; PERSONNE SEROPOSITIVE ; SIDEEN ; ISOLEMENT SOCIAL ; VULNERABILITE ; FRANCE
Résumé : Les processus sociaux de désaffiliation révèlent chez les migrants séropositifs originaires d'Afrique noire à la fois l'impact négatif du VIH dans leur trajectoires sociales, mais aussi la permanence du risque de basculement vers la désaffiliation professionnelle et la rupture des liens relationnels.
Cote LYON : Journal du Sida, 112-113

Association HIV 91, Essonne
Parcours migratoires et VIH : actes
Acte de colloque ; Français ; 1999 ; 94 p.
Congrès : Carrefour départemental : parcours migratoires et VIH, Evry, 1999/11/16
Thème principal : MIGRANT
MIGRANT ; PREVENTION ; VIVRE AVEC LE VIH/SIDA ; ACCES AUX SOINS ; FEMME ; RELAIS DE PREVENTION ; FACTEUR SOCIOCULTUREL ; RELIGION ; SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ; VULNERABILITE ; ESSONNE
Résumé : Dans une première partie, ce document présente les expériences et pratiques d'acteurs de terrain, d'associations et de professionnels de santé dans la prévention du VIH auprès des migrants tenant compte des éléments constitutifs de la vie sociale et affective du migrant : spiritualité, rôle de la femme, famille. La deuxième partie suggère des améliorations à apporter pour ouvrir l'accès aux soins des populations plus démunies.
Cote LYON : 070215/HIV

FLEURY F
Migrants et VIH
in : Réduire l'écart : Genève XIIe conférence internationale sur le sida, 28 juin-3 juillet 1998
Article ; Français ; Revue : Transcriptase ; 1998/10 ; n° 69 ; ISN : 1166 5300 ; pp. 24-25
Congrès : XIIe conférence internationale sur le sida, Genève, 1998/06/28-1998/07/03
Thème principal : MIGRANT
MIGRANT ; STATUT SOCIO-ECONOMIQUE ; PROSTITUE ; VULNERABILITE
Cote LYON : Transcriptase, spécial Genève

SHABOU A
Populations mobiles, vulnérabilité et droits de l'homme
in : Réduire l'écart : Genève XIIe conférence internationale sur le sida, 28 juin-3 juillet 1998

Article ; Français ; Revue : Transcriptase ; 1998/10 ; n° 69 ; ISN : 1166 5300 ; pp. 21-23
Congrès : XIIe conférence internationale sur le sida, Genève, 1998/06/28-1998/07/03
Thème principal : MIGRATION
MIGRATION ; RISQUE ; STATUT SOCIO-ECONOMIQUE ; VULNERABILITE ; PVD ; INTERNATIONAL
Cote LYON : Transcriptase, spécial Genève

Le kadoudou dis c'est ça la vie !
Article ; Français ; Revue : Education santé ; 1998/07 ; n° 129 ; ISN : 0776 2623 ; pp. 15-17
Thème principal : MIGRANT
MIGRANT ; PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE ; ACTION DE TERRAIN ; INFORMATION CIBLEE ; VULNERABILITE ; BELGIQUE ; AFRIQUE SUBSAHARIENNE
Résumé : Après avoir rappelé les raisons pour lesquelles la communauté africaine de Belgique était particulièrement vulnérable, le document présente les principaux moyens de sensibilisation mis en oeuvre pour atteindre cette population.
Localisation : IDF ; AUV

HAOUR-KNIPE M
ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le Sida), France
Prévention du sida ou discrimination ? : les migrants et les minorités ethniques
in : Le sida en Europe, nouveaux enjeux pour les sciences sociales : 2e conférence européenne sur les méthodes et les résultats des recherches en sciences sociales sur le sida
Extrait ; Français ; Paris : Agence Nationale de Recherches sur le Sida ; 1998/07 ; Coll. : Sciences sociales et sida ; ISN : 2 910143 12 0 ; pp. 159-170
Congrès : Le sida en Europe : nouveaux enjeux pour les sciences sociales, Paris, 1998/01/12-15
Thème principal : GROUPE ETHNIQUE
GROUPE ETHNIQUE ; MIGRANT ; LEGISLATION ; DISCRIMINATION ; RACISME ; ACCES AUX SOINS ; EUROPE
Résumé : La première partie de cet article décrit les migrants en Europe de nos jours, en insistant sur les définitions officielles et leur statut et sur le fait qu'il ne s'agit en aucun cas d'une entité homogène. Les facteurs susceptibles d'accroître la vulnérabilité de certains groupes de migrants au VIH sont ensuite abordés.
La deuxième partie de l'article pose la question de savoir comment manier des données épidémiologiques concernant migrants et étrangers, et comment la recherche en sciences sociales peut aider à trouver un moyen terme entre stigmatisation et accès équitable aux soins et à prévention. (D'après le résumé de l'auteur)
Cote LYON : 0603/ANR

HAOUR-KNIPE M
Migrants en Europe : éthique, équité et recherche
Article ; Français ; Revue : Transcriptase ; 1998/04 ; n° 64 ; ISN : 1166 5300 ; pp. 11-15
Congrès : Le sida en Europe : nouveaux enjeux pour les sciences sociales, Paris, 1998/01/12-15
Thème principal : MIGRANT
MIGRANT ; GROUPE DE TRANSMISSION ; EPIDEMIOLOGIE ANALYTIQUE ; GROUPE ETHNIQUE ; FACTEUR SOCIOCULTUREL ; ACCES AUX SOINS ; ACTION DE TERRAIN ; EVALUATION ; METHODOLOGIE ; VIVRE AVEC LE VIH/SIDA ; VULNERABILITE ; FRANCE ; EUROPE
Cote LYON : Transcriptase, 64

CHERABI K ; FANGET D
Migrants et sida : quelle réalité en milieu magrhébin ?
in : Sida : les nouvelles donnes
Article ; Français ; Revue : Informations sociales ; 1998 ; n° 71 ; pp. 28-33
Thème principal : MIGRANT
MIGRANT ; EPIDEMIOLOGIE ; ACCES AUX SOINS ; PREVENTION ; PRISE EN CHARGE ; VULNERABILITE ; FRANCE ; MAGHREB ; ALGERIE ; TUNISIE ; MAROC
Résumé : Les migrants de milieu maghrébin doivent faire face à de nombreux facteurs de vulnérabilité devant l'extension de l'épidémie : une position socio-économique généralement précaire, une distance vis-à-vis des discours médicaux et prévention, des positions d'évitement qui rendent l'accès aux soins diffcile. Il s'agit de faire en sorte que l'offre de soins et de prévention tienne compte de ces données spécifiques.
Cote LYON : Informations sociales, 71

DELACHET-GUILLON C
VIH et populations immigrées
in : Sida : les nouvelles donnes
Article ; Français ; Revue : Informations sociales ; 1998 ; n° 71 ; pp. 20-26

Thème principal : MIGRANT
MIGRANT ; ACCES AUX SOINS ; PAUVRETE ; CROYANCE ; IDENTITE CULTURELLE ; EPIDEMIOLOGIE ; INSERTION SOCIALE ; VULNERABILITE ; FRANCE
Résumé : Si les spécificités culturelles jouent un rôle dans la prévention du sida et la prise en charge des malades, d'autres facteurs liés aux conditions juridiques, économiques et sociales offertes par la société d'accueil sont des déterminants de l'état de santé des migrants et de leur accès aux soins. C'est le cas du titre de séjour et de travail, clef essentielle de l'intégration sociale.
Cote LYON : Informations sociales, 71

KHATTAB H
Statut des femmes et vulnérabilité au VIH
Article ; Français ; Revue : Journal du Sida (Le) ; 1997 ; n° 92-93 ; ISN : 1153 0863 ; pp. 39-40
Thème principal : FEMME
FEMME ; RELIGION ; ISLAM ; SEXUALITE ; MAGHREB
Cote LYON : Journal du sida, 92-93

Populations précarisées

CALVEZ M
Risques du sida et précarité sociale
in : Précarisation, risque et santé
Livre ; Français ; Paris : Les Editions Inserm ; 2001 ; Coll. : Questions en Santé Publique ; ISN : 2 85598 777 3 ; 474 p. ; pp. 451-466 ; tableau
Thème principal : PAUVRETE
PAUVRETE ; COMPORTEMENT A RISQUE ; PREVENTION ; USAGER DE DROGUE INJECTABLE ; HOMOSEXUEL ; GROUPE PROFESSIONNEL ; JEUNE ; ENQUETE ; VULNERABILITE ; FRANCE
Résumé : Parmi les angles d'approches possibles pour aborder les relations entre le sida et la précarité sociale, cet article a retenu l'entrée par les risques et la prévention, en se demandant en quoi la précarité des conditions de vie se traduit par une vulnérabilité particulière à l'égard de la transmission du sida. Il reprend les résultats d'enquêtes réalisées notamment auprès d'usagers de drogues par injection, auprès d'homosexuels ou auprès de jeunes scolaires déclassés.
Localisation : PDL ; AUV ; MARS ; IDF

LECLERC (Annette), FASSIN (Didier), GRANDJEAN (Hélène), KAMINSKI (Monique), LANG (Thierry)
Les inégalités sociales de santé
Titre de la collection : Recherches
OUVRAGE - Paris : La Découverte, Paris : Inserm, 2000 - 448p
INEGALITE SOCIALE, MORTALITE, POLITIQUE DE SANTE, INDICATEUR DE MORTALITE, MORBIDITE, RECHERCHE, METHODE EPIDEMIOLOGIQUE, ENQUETE EPIDEMIOLOGIQUE, INDICATEUR DE SANTE, MORTALITE FOETOINFANTILE, GROSSESSE, ADOLESCENT, HYGIENE BUCCODENTAIRE, PERSONNE AGEE, FRANCE, EUROPE
B0302/LEC

LEBAS J ; DELMOTTE H
"C'est le souci de tous et de chacun qui doit déterminer une véritable politique de santé publique"
Article ; Interview ; Français ; Revue : Journal du Sida (Le) ; 1999/01 ; n° 112-113 ; ISN : 1153 0863 ; pp. 23-25
Thème principal : ACCES AUX SOINS
ACCES AUX SOINS ; POLITIQUE SANITAIRE ; PERSONNE EN DIFFICULTE ; EXCLUSION SOCIALE ; VULNERABILITE ; FRANCE
Résumé : Jacques Lebas, médecin à l'hôpital Saint-Antoine, fondateur de l'Institut de l'humanitaire, est à l'origine du dispositif Baudelaire, qui prévoit depuis 1992 l'organisation de consultations "Précarité" dans les hôpitaux de l'AP-HP. Il évoque le lien entre VIH et Vulnérabilité, et développe quelques pistes pour une meilleure prise en charge médico-sociale dse personnes les plus démunies.
Cote LYON : Journal du Sida, 112-113

ROSMAN S
Sida et précarité. Une double vulnérabilité
Livre ; Français ; Paris : l'Harmattan ; 1999 ; Coll. : Le Travail du Social ; ISN : 2 7384 8341 0 ; 319 p.
Thème principal : MILIEU ASSOCIATIF
MILIEU ASSOCIATIF ; APPARTEMENT THERAPEUTIQUE ; HISTORIQUE ; ASSOCIATION ; VIVRE AVEC LE VIH/SIDA ; PAUVRETE ; SOUTIEN PSYCHOSOCIAL ; SOCIOLOGIE ; INSERTION SOCIALE ; MEMBRE ASSOCIATION SIDA ; VULNERABILITE ; APARTS ; FRANCE ; ILE DE FRANCE

Résumé : Ce livre retrace la naissance et l'évolution sur quatre années d'une association d'aide aux malades du sida "APARTS", qui propose un hébergement temporaire dans des appartements thérapeutiques à des personnes séropositives sans logement.
Reposant sur une analyse sociologique, il raconte avant tout l'histoire des résidents, les trajectoires qui les ont conduits à ces appartements et les difficultés de leur réinsertion sociale.
Cote LYON : 070223/ROS

LEBAS (Jacques) / coor., CHAUVIN (Pierre) / coor.
Précarité et santé
OUVRAGE - Paris : Flammarion, 1998 - 299p., graph., tabl.
POPULATION DEFAVORISEE, RECOURS AUX SOINS, INEGALITE DEVANT LES SOINS, INEGALITE SOCIALE, ACCES AUX SOINS, ENFANT, FAMILLE MONOPARENTALE, MALTRAITANCE, MIGRANT, PRISE EN CHARGE MEDICOSOCIALE, SANTE PHYSIQUE, SANTE MENTALE, TOXICOMANIE, PRISON, PROSTITUTION, MEDECIN DU MONDE, HOPITAL, COUVERTURE SOCIALE, SANTE COMMUNAUTAIRE, SAMU SOCIAL, SIDA, HEPATITE VIRALE, TUBERCULOSE, PSYCHIATRIE
Cote LYON : B0301/LEB

DECROUY G ; REYNAUD J ; REYNAUD-MAURUPT C ; TORRIN F
L'exclusion sociale dans les Alpes Maritimes : V.I.H., drogue, délinquance, précarité : enquêtes sur le terrain
Livre ; Français ; Paris : L'Harmattan ; 1997 ; Coll. : Minorités & Sociétés ; ISN : 2 7384 5558 1 ; 312 p.
Thème principal : MILIEU DEFAVORISE
MILIEU DEFAVORISE ; ENQUETE ; EPIDEMIOLOGIE ; FONCTIONNEMENT DES INSTITUTIONS ; ACCES AUX SOINS ; USAGER DE DROGUE ; DETENU ; SDF ; PERSONNE EN DIFFICULTE ; POLITIQUE LOCALE ; USAGE DE DROGUE ; REVENU MINIMUM ; MILIEU ASSOCIATIF ; MILIEU HOSPITALIER ; STATISTIQUE ; MEDECINS DU MONDE ; OPTION VIE ; ALPES MARITIMES
Résumé : Cet ouvrage tente de cerner différents aspects de la vulnérabilité sociale dans la région azuréenne, en abordant le problème de la marginalité par des situations concrètes : les sans domicile fixe, les ex-détenus, les usagers de drogue atteints par le VIH.
Localisation : NICE ; IDF ; PDL

Handicap

GOHET P
La vulnérabilité des personnes handicapées mentales
Article ; Français ; Revue : Journal du Sida (Le) ; 1999/03 ; n° 112-113 ; ISN : 1153 0863 ; pp. 11-12
Thème principal : PERSONNE HANDICAPEE MENTALE
PERSONNE HANDICAPEE MENTALE ; AUTONOMIE DU PATIENT ; PREVENTION TRANSMISSION SEXUELLE ; INFORMATION CIBLEE ; VULNERABILITE ; FRANCE
Résumé : Les personnes handicapées mentales, comme tout un chacun, ont droit à une vie affective et sexuelle. Celle-ci peut avoir des conséquences, que ce soit en matière de maternité ou de paternité, mais aussi en tremes de maladies sexuellement transmissibles, comme le sida. La démarche pédagogique vis-à-vis de ces personnes doit donc être particulièrement individualisée et prendre en compte les désirs et les capacités de compréhension de chacun.
Cote LYON : Journal du Sida, 112-113

DAGRON J
Les sourds nous font un signe : Perception du risque du sida et accès aux soins de la population sourde, 1995-1998
Rapport ; Français ; 1998/09 ; 118 p. ; questionnaire
Thème principal : MAL ENTENDANT
MAL ENTENDANT ; HISTORIQUE ; ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL ; EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE ; PERCEPTION DU RISQUE ; COMPORTEMENT SEXUEL ; CONNAISSANCE ; SEXUALITE ; ENQUETE ; CENTRE DE DEPISTAGE ANONYME ET GRATUIT ; ACCES AUX SOINS ; RELATION SOIGNANT-SOIGNE ; LINGUISTIQUE ; VULNERABILITE ; FRANCE ; ILE DE FRANCE
Résumé : Après quelques repères sociologiques sur la population des sourds en France, sur leur santé et sur l'infection à VIH, ce rapport rend compte d'une enquête menée auprès des sourds de la consultation de l'Hôpital de La Pitié Salpêtrière sur leur connaissance sur le VIH, leur perception du risque, leur sexualité, l'accès aux soins...
Cote LYON : 070220/DAG

MARASCHIN J
Les handicapés mentaux oubliés de la prévention
Article ; Français ; Revue : Journal du Sida (Le) ; 1998/03 ; n° 103 ; ISN : 1153 0863 ; pp. 19
Thème principal : PERSONNE HANDICAPEE MENTALE

PERSONNE HANDICAPEE MENTALE ; PREVENTION PRIMAIRE ; RECOMMANDATION ; SEXUALITE ; PARENT ; CNS ; FRANCE
Résumé : Pour le Conseil national du sida, l'interdit, l'absence de problématisation comme le tabou qui entoure la sexualité des personnes handicapées mentales, redoublent leur vulnérabilité au VIH.
Cote LYON : Journal du sida, 103

Jeunes gays

DELOR F
Risques identitaires et sida : la vulnérabilité des jeunes gays
Article ; Français ; Revue : Journal du Sida (Le) ; 1999/07 ; n° 117 ; ISN : 1153 0863 ; pp. 23-26
Thème principal : RELATION DE COUPLE
RELATION DE COUPLE ; MILIEU HOMOSEXUEL ; IDENTITE CULTURELLE ; IDENTITE SEXUELLE ; FACTEUR SOCIOCULTUREL ; DROIT DES PERSONNES ; REPRESENTATION ; COMPORTEMENT A RISQUE ; JEUNE HOMOSEXUEL ; NEGOCIATION SEXUELLE ; VULNERABILITE ; EUROPE DE L'OUEST
Résumé : En avril 1999 s'est tenu à Bruxelles, à l'initiative d'Ex Aequo, association de prévention active en Belgique, un congrès européen au sujet de la vulnérabilité des jeunes gays par rapport au sida. L'objectif est de comprendre en profondeur les processus de vulnérabilisation à l'oeuvre pour les jeunes en Europe afin de guider les actions d'information, d'éducation et de prévention. Certaines évidences quant à la vulnérabilité spécifique des jeunes gays, récurrentes dans le champ de la prévention, ont ainsi pu être revisitées à la lumière de quelques recherches ou d'actions concrètes.
Cote LYON : Journal du sida, 117

RAMACCIOTTI L
AIDES Ile-de-France
Risques identitaires et sida : analyse de dix entretiens qualitatifs auprès de jeunes homosexuels de 18 à 25 ans sur le Coming Out
Rapport ; Français ; 1999/03 ; 161 [57+104] p.
Thème principal : JEUNE HOMOSEXUEL
JEUNE HOMOSEXUEL ; IDENTITE SEXUELLE ; ENQUETE ; ENTRETIEN FACE A FACE ; FACTEUR SOCIOCULTUREL ; TEMOIGNAGE ; COMPORTEMENT SEXUEL ; COMPORTEMENT A RISQUE ; RELATION FAMILIALE ; PARTENAIRE ; IMAGE DE SOI ; INFORMATION CIBLEE ; VULNERABILITE ; ILE DE FRANCE ; PROVENCE ALPES COTE D'AZUR
Résumé : A partir d'entretiens avec de jeunes homosexuels entre 21 et 25 ans (entretiens retraçant le parcours vers l'affirmation de soi), cette étude cherche à identifier les tensions et les obstacles socioculturels, affectifs et relationnels qui caractérisent les conditions du processus d'identification sexuelle d'un jeune homosexuel. L'analyse des différentes phases de ce processus permet de mieux comprendre les zones de vulnérabilité de cette évolution identitaire et donc de proposer ainsi des stratégies de prévention mieux adaptées.
Localisation : IDF ; MARS ; PDL

MEUNIER A ; DELMOTTE H
Jeunes homosexuels et prévention
Article ; Interview ; Français ; Revue : Journal du Sida (Le) ; 1999/01 ; n° 112-113 ; ISN : 1153 0863 ; pp. 13-14
Thème principal : JEUNE HOMOSEXUEL
SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ; AIDE SOCIALE ; DISCRIMINATION ; JEUNE HOMOSEXUEL ; ASSOCIATION HOMOSEXUELLE ; EXCLUSION SOCIALE ; VULNERABILITE ; CENTRE GAY ET LESBIEN ; FRANCE
Résumé : 70% des personnes qui fréquentent le Centre gai et lesbien ont moins de 35 ans. Alexis Meunier, le directeur du Centre, évoque dans cet article le mal-être de ces jeunes homosexuels, ainsi que les situations de précarité auxquelles ils se trouvent de plus en plus souvent confrontés. Deux constats en forme d'alarme quant à la vulnérabilité au VIH.
Cote LYON : Journal du Sida, 112-113

Ex Aequo, Bruxelles
La vulnérabilité des jeunes gays en Europe ; The vulnerability of young gays in Europe
Acte de colloque ; Français ; Anglais ; 1999 ; 226 p.
Congrès : Congrès Européen Risques Identitaires et Sida ; European Congress Identity Risks ans Aids, Bruxelles, 26-27 mars 1999
Thème principal : IDENTITE SEXUELLE
IDENTITE SEXUELLE ; OUTING ; COMPORTEMENT SEXUEL ; STATUT SOCIO-ECONOMIQUE ; NEGOCIATION SEXUELLE ; SEXE A MOINDRE RISQUE ; MILIEU DEFAVORISE ; ACTION DE TERRAIN ; METHODOLOGIE ; JEUNE HOMOSEXUEL ; PROSTITUTION MASCULINE ; EUROPE
Résumé : Ce congrès débute par une présentation de la situation spécifique des jeunes homosexuels dans les différents pays européens. Ensuite 3 ateliers permettent à chacun de raconter leurs expériences de travail et de prévention autour des thèmes suivants :
- Entre tension identitaire et coming-out

- Dynamique des interactions et influence des différences
- Contexte spécifique de la relation de couple et prise de risque
Pour de nombreux intervenants, il ressort que le fait que le jeune homosexuel accepte bien ou pas son identité sexuelle s'avère déterminant pour sa relation aux autres partenaires.
Localisation : AUV

Détenus

BEN DIANE M-K ; ROTILY M ; DELORME C
Vulnérabilité de la population carcérale française face à l'infection à VIH et aux hépatites
in : Précarisation, risque et santé
Livre ; Français ; Paris : Les Editions Inserm ; 2001 ; Coll. : Questions en Santé Publique ; ISN : 2 85598 777 3 ; 474 p. ; pp. 437-449 ; tableau
Thème principal : DETENU
DETENU ; COMPORTEMENT A RISQUE ; USAGE DE DROGUE INTRAVEINEUX ; PREVALENCE ; HEPATITE ; COMPORTEMENT SEXUEL ; TATOUAGE ; MILIEU CARCERAL ; POLITIQUE SANITAIRE ; ENQUETE ; VULNERABILITE ; FRANCE ; EUROPE
Résumé : Cet article présente la prévalence de l'infection à VIH et des hépatites, les pratiques sexuelles et l'usage de drogues par voie intraveineuse dans la population carcérale française. A l'issue de ces constats, il s'interroge ensuite sur la politique française de prévention du sida et des hépatites en milieu carcéral.
Localisation : PDL ; AUV ; IDF ; MARS

LHUILIER D ; SIMONPIETRI A ; VEIL C
Université de Paris 7 Denis Diderot. Laboratoire de changement social
VIH-sida et santé : représentations et pratiques des personnes incarcérées
Rapport ; Français ; 1999/06 ; 326 p.
Thème principal : DETENU
DETENU ; SURVEILLANT DE PRISON ; MILIEU CARCERAL ; REPRESENTATION DE LA MALADIE ; REPRESENTATION DU CORPS ; REPRESENTATION DE LA SANTE ; PREVALENCE ; HEPATITE ; TUBERCULOSE ; PRISE EN CHARGE MEDICALE ; OFFRE DE SOINS ; ENTRETIEN FACE A FACE ; TEMOIGNAGE ; PAUVRETE ; FEMME ; VIVRE AVEC LE VIH/SIDA ; MEDECINE CARCERALE ; VULNERABILITE ; FRANCE
Résumé : Après avoir présenté, à l'aide d'une revue de la littérature, le milieu carcéral, les déterminants sociaux de la santé et de la maladie, et l'infection à VIH en prison, les auteurs s'attachent au discours et au témoignage des détenus : être séropositifs et incarcérés. Sont abordés la transmission du VIH (connaissances et représentations), la santé et l'enfermement carcéral (souffrance et psychologie ; adaptation et stratégies), les représentations de l'offre de soins (organisation sanitaire ; qualité et continuité des soins). Six témoignages, ceux de trois hommes et de trois femmes, sont ensuite détaillés.
Localisation : IDF ; AQUI ; AUV ; PDL

Toxicomanes

LERT F
Les jeunes usagers sont-ils à risque ?
in : Réduire l'écart : Genève XIIe conférence internationale sur le sida, 28 juin-3 juillet 1998
Article ; Français ; Revue : Transcriptase ; 1998/10 ; n° 69 ; ISN : 1166 5300 ; pp. 25-27
Congrès : XIIe conférence internationale sur le sida, Genève, 1998/06/28-1998/07/03
Thème principal : USAGER DE DROGUE INJECTABLE
USAGER DE DROGUE INJECTABLE ; COMPORTEMENT A RISQUE ; MODE D'ADMINISTRATION DE LA DROGUE ; ECHANGE DE SERINGUE ; JEUNE DES RUES ; FACTEUR SOCIOLOGIQUE ; VULNERABILITE ; ETATS UNIS ; CANADA ; INTERNATIONAL
Cote LYON : Transcriptase, spécial Genève