



Centre canadien de
documentation sur le VIH/sida

QUESTIONS CRITIQUES EN MATIÈRE DE PRÉVENTION DU VIH

La lassitude par rapport à la sexualité à risques réduits



*Ce document a été publié grâce
à une contribution de [Santé Canada](#).*

Mars 2001



Association canadienne de santé publique

La question de la lassitude par rapport à la sexualité à risques réduits dans la prévention du VIH est traitée dans ce deuxième rapport d'une série touchant aux « Questions névralgiques en matière de prévention du VIH ». Ces rapports abordent des enjeux qui ont des répercussions sur les activités de programmation des éducateurs canadiens en prévention du VIH et visent à engager la discussion.

Pour plus de détails à propos du rapport ou de tout autre sujet lié à la prévention du VIH, prière de contacter l'équipe de prévention VIH du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida à l'adresse ci-dessous.

AVERTISSEMENT

Le Centre canadien de documentation sur le VIH/sida, un service de l'Association canadienne de santé publique (ACSP), fournit des ressources d'information sur la prévention du VIH, les soins et le soutien connexes, ainsi que toute une gamme de renseignements sur le VIH/sida, au nom de Santé Canada et des partenaires de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida. Ces ressources sont fournies aux personnes et aux organismes qui travaillent dans les domaines de l'éducation, de la sensibilisation et de la prévention du VIH, ainsi qu'à ceux qui sont infectés et affectés par le VIH/sida. Nous ne cautionnons pas, ne recommandons pas ni ne préconisons aucune méthode spécifique de prévention, de soins et de soutien. Bien que nous nous efforcions de mettre régulièrement à jour nos ressources, les usagers du Centre ne doivent pas oublier que l'information évolue rapidement. Ainsi, les ressources fournies par le Centre de documentation peuvent ne pas correspondre à l'information la plus à jour qui soit disponible. Ces ressources peuvent comporter des inexactitudes techniques ou des fautes d'orthographe. De façon périodique, nous apportons des changements à l'information, lesquels seront donc intégrés par la suite sous forme d'ajouts à la publication. En conséquence, nous prions les usagers de consulter une vaste gamme d'informations et (ou) de se mettre en rapport avec nous au 1-877-999-7740 pour en savoir plus. Les usagers qui se fient à cette information le font entièrement à leur propre risque. Le Centre de documentation, l'ACSP et Santé Canada ne peuvent assumer aucune responsabilité pour tout préjudice résultant de l'utilisation ou de la mauvaise utilisation de cette information.

Les points de vue qui y sont exprimés sont exclusivement ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle du ministère de la Santé du Canada.

Ce document a été publié grâce à une contribution de Santé Canada.

ISBN 1-894324-17-X

On peut trouver une version électronique de ce document à l'adresse suivante < www.clearinghouse.cpha.ca >.

Centre canadien de documentation sur le VIH/sida
Association canadienne de santé publique
1565, avenue Carling, bureau 400
Ottawa (Ontario)
CANADA K1Z 8R1

Téléphone : 1-877-999-7740 (sans frais)
613-725-3434 (appels locaux)
Télécopieur : 613-725-1205
Courriel : aidssida@cpha.ca
Internet : www.clearinghouse.cpha.ca

♻️ Imprimé sur papier recyclé.

Introduction

Le 1^{er} décembre 2000, on célébrait la 13^e Journée mondiale du sida. Treize ans déjà que l'on connaît le VIH et qu'on en parle publiquement. Treize ans que, partout dans le monde, scientifiques, fournisseurs de soins, militants et porte-parole communautaires, familles et amis réagissent publiquement à une épidémie qui n'a aucune considération pour la valeur ou la qualité des vies humaines. Bien des choses ont changé en 13 ans, et bien d'autres sont restées les mêmes. En tant que citoyens du monde, il nous faut admettre que le VIH n'a pas été éradiqué, et qu'il reste beaucoup de travail à accomplir. La réponse mondiale à cette maladie doit évoluer avec le virus – à la même vitesse et avec le même zèle. Notre réussite dépend cruellement de la mise en œuvre de programmes de prévention efficaces.

Les campagnes prônant la sexualité à risques réduits ont remporté quelques manches dans la prévention de la transmission du VIH, et les rapports protégés continueront à jouer un rôle vital dans les efforts de prévention. Toutefois, pour déterminer ce qui fait l'efficacité des programmes et nous assurer ainsi de devancer la maladie, il faut nous poser quelques questions clés. Les gens en ont-ils assez d'être prudents dans leurs rapports sexuels? En jouant sur la peur, avons-nous engendré de la frustration? Les gens tiennent-ils à la liberté sexuelle au mépris de ses conséquences possibles? A-t-on peur d'exiger des rapports protégés avec un partenaire sexuel? Est-on si rassuré par les progrès dans le traitement du VIH et la prophylaxie post-exposition que les rapports protégés sont passés de mode? Est-ce la lassitude par rapport à la sexualité à risques réduits qui nuit à la prévention du VIH, ou vit-on une usure généralisée à l'égard de la prévention? Enfin, s'agit-il vraiment de lassitude, ou est-ce plutôt de l'autosatisfaction, ce qui serait beaucoup plus grave?

Noir sur blanc

Selon le Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses (CPCMI) de Santé Canada, « *quelque 49 800 Canadiens vivaient avec l'infection à*

VIH (incluant les personnes vivant avec le sida) à la fin de 1999, comparativement à 40 000 à la fin de 1996, ce qui représente une augmentation de 24 % ». ¹ Ces chiffres ont trait aux infections existantes au Canada, mais n'incluent pas les personnes séropositives pour le VIH qui n'ont pas été testées et qui ignorent leur condition. Dans le même rapport, on précise le nombre de nouvelles infections au Canada en 1999 : près de 4 200 Canadiens ont été infectés par VIH cette seule année. Après plus de 13 ans, voilà qui donne à réfléchir. Non seulement s'agit-il d'un nombre effarant, mais les Canadiens ont eu 13 ans pour s'informer sur le virus et mettre au point des interventions efficaces, 13 ans pour apprendre à prévenir la transmission du VIH, et en une seule année, l'expérience de plus de 13 ans n'a pas empêché l'apparition de 4 200 nouveaux cas d'infection au pays.

« *L'un des principes fondamentaux de la science et de la pratique de la prévention du VIH veut qu'il y ait un lien entre les rapports sexuels non protégés et la séroconversion VIH. On suppose généralement l'existence d'une relation linéaire entre le comportement sexuel à risque et l'infection à VIH, autrement dit, qu'une augmentation du nombre de rapports non protégés est directement liée à un risque accru de contracter le VIH* ». [Traduction] ² Les auteurs de l'énoncé ont concentré leur effort de prévention sur l'épidémie aux États-Unis, mais leur assertion trouve des échos depuis bon nombre d'années au Canada chez les organismes communautaires, les gouvernements, les fournisseurs de services de première ligne et les personnes séropositives pour le VIH. L'activité sexuelle n'est pas un phénomène américain, ni le lien entre les rapports non protégés et la transmission du virus. De fait, une enquête canadienne sur le comportement sexuel (menée en 1997) a indiqué que 27,7 % des hommes et 28,1 % des femmes n'avaient pas utilisé de condom la dernière fois qu'ils avaient eu des relations sexuelles avec un partenaire non régulier. ³

On trouve quantité d'explications défendables, bien que subjectives, à un tel comportement, qui s'apparente à

un suprême mépris des dangers de l'activité sexuelle non protégée. Il pourrait s'expliquer par l'insécurité personnelle et l'incertitude de son identité sexuelle, la dynamique du pouvoir lors des rapports sexuels, les sentiments d'amour et de respect que procure l'expression sexuelle, l'assentiment collectif, la vulnérabilité... Comme l'écrit Basil Donovan, [traduction] « *l'une des principales raisons de l'activité sexuelle est le plaisir qu'on en retire* ». ⁴ Un peu plus loin, Donovan suggère cependant que seulement « *une partie des gens, une partie du temps* » songent aux risques d'infection par VIH et modifient leur comportement sexuel. Une telle modification est peut-être liée à l'efficacité accrue des efforts de sensibilisation à la sexualité à risques réduits et des messages de prévention du VIH, mais il est clair que cela ne fonctionne pas systématiquement.

Il se publie au Canada des masses d'articles, de feuillets d'information, de brochures et de dépliants qui font expressément le lien entre la transmission du VIH et les pratiques sexuelles non protégées. Pour renforcer ou compléter la documentation imprimée, on crée des campagnes d'affichage, des messages sur l'abstinence, des initiatives de réduction des méfaits, des groupes de concertation, des programmes de distribution de condoms et quelques communiqués et messages d'intérêt public. Les données de prévalence et d'incidence citées plus haut montrent clairement que ces initiatives n'ont pas fonctionné, n'ont pas atteint les bons destinataires ou n'ont pas été jugées pertinentes par une bonne partie de la population. Certaines études montrent aussi que l'évolution des comportements sexuels (la moindre vigilance en matière sexuelle, la diminution des craintes d'exposition au VIH) serait liée à l'optimisme suscité par l'avènement des traitements aux antirétroviraux et des protocoles de prophylaxie post-exposition.

Zones grises

Les pratiques de prévention actuelles et les facteurs de leur réussite ou de leur échec doivent être examinés ensemble. De plus, les intervenants en prévention de

première ligne doivent se demander s'ils éprouvent ou non de la lassitude en voyant la hausse des taux de prévalence et d'incidence malgré tous leurs efforts, s'ils ont ou non raté leur objectif, si l'autosatisfaction les a gagnés.

Malheureusement, une démarche aussi systématique (si elle l'est vraiment...) n'est pas exactement ce qui convient pour éclaircir la situation ou pour en arriver à des conclusions raisonnables. On dirait plutôt qu'il plane toujours une ambiguïté alarmante, et que les questions posées dans notre introduction s'effacent dans une zone grise. Les questions mêmes se complexifient. Dans une relation sérodifférente, est-ce le jeune partenaire VIH négatif qui choisit de ne pas avoir de rapports protégés par crainte d'offenser son partenaire plus âgé? Ou est-ce le plus âgé qui exerce son pouvoir et son contrôle sur le plus jeune, sachant et acceptant qu'il sera consentant par simple besoin de préserver une relation aimante? La travailleuse du sexe expose-t-elle son partenaire de vie à une infection à VIH parce que ses clients ne paieront pas pour un acte sexuel avec condom? Sous l'emprise de l'alcool ou de drogues à usage récréatif, a-t-on vraiment tendance à abandonner les rapports protégés? Ou les gens en sont-ils au point où rien ne peut les convaincre qu'une activité sexuelle ponctuelle pourrait affecter leur santé à long terme? (« M'arriver à moi? Impossible ») Comment les femmes combattent-elles les inégalités entre les sexes tout en négociant des rapports protégés? Enfin, les Canadiens sexuellement actifs pratiquent-ils une forme de « sécurité négociée » en choisissant de ne pas se protéger parce qu'ils présument que les deux partenaires sont séronégatifs pour le VIH?

Une étude menée aux États-Unis, mais pertinente pour le Canada, a mis au jour une complication supplémentaire à la diffusion efficace des messages de prévention axés sur la sexualité à risques réduits, ainsi qu'à la lutte contre la lassitude et l'autosatisfaction. L'étude portait sur les perceptions de l'activité sexuelle à risques réduits : [traduction] « *Lorsqu'on présente la sexualité à risques réduits dans un cadre théorique, on*

s'aperçoit que beaucoup de gens ne comprennent pas le concept. Ceci pourrait sérieusement entraver l'efficacité des efforts de prévention qui cherchent à opérer des changements de comportement. »⁵ Il est probable que ce manque de compréhension rudimentaire signifie qu'un nombre important de personnes sont vulnérables à l'infection à VIH parce que dans leur comportement sexuel elles font abstraction des messages de prévention qui, supposent-elles, s'adressent à d'autres.

Les programmes de prévention canadiens essaient de joindre les personnes « VIH négatives », surtout dans les communautés gaies et parmi les hommes qui ont des relations homosexuelles, et de leur imprimer le désir de conserver à tout prix leur séronégativité. On y parle ouvertement du virus, de ses répercussions biomédicales et de la modification profonde du mode de vie qu'il entraîne chez les personnes infectées. On a répété *ad nauseam* que le VIH est transmis principalement lors de rapports sexuels non protégés, et la plupart des Canadiens le comprennent. Cependant, *« on sait aussi fort bien qu'on investit très peu dans la connaissance, la rationalité et la raison, qui devraient être des éléments clés de toute stratégie de prévention ou de sensibilisation au VIH. Les stratégies actuelles tendent à préconiser : 1) l'augmentation des niveaux de prise de conscience personnelle des risques de contracter le VIH/sida ou une MTS; 2) la description de diverses techniques pour "négocier" le recours à des pratiques sexuelles sans danger dans le scénario réciproque et subjectif de "l'érotisme et du désir". Tout cela ne semble pas suffire, toutefois, à ancrer la pratique d'une sexualité sans risque et ne parvient pas à garantir des résultats dans la sphère des pratiques sexuelles "privées". Il ne semble y avoir aucune garantie fiable qu'une telle "connaissance" entraîne systématiquement, dans l'esprit des gens et dans la pratique, le recours aux rapports protégés. »* [Traduction]⁶

Ce qui brouille encore davantage les cartes et perpétue peut-être la lassitude et l'autosatisfaction à l'égard de la sexualité à risques réduits, c'est que certains efforts de

prévention ne visent pas la bonne cible. Pourquoi, par exemple, employer des tactiques fondées sur la peur pour diffuser des messages de prévention aux jeunes, alors qu'on sait qu'ils se sentent invincibles? Les jeunes sont en général audacieux et extrêmement curieux. Si l'on suggère à un adolescent que la sexualité est dangereuse à l'ère du VIH, qu'on ne s'étonne pas qu'il s'en assure par lui-même. Et quelle que soit la teneur du message, on peut raisonnablement s'attendre à ce que ce même adolescent ne porte pas de condom. Ce qu'il faut comprendre, c'est pourquoi, exactement, il en est ainsi. Les programmes de prévention fondés sur la peur abordent-ils ouvertement l'évolution sexuelle naturelle des jeunes ou se contentent-ils de décourager l'expression et l'exploration de leur sexualité? Si nous voulons que la peur d'être infectés incite les jeunes à avoir des rapports protégés, notre message tient-il compte des difficultés légitimes qu'éprouvent les jeunes à se procurer des condoms? Comment convaincre les adolescentes, par exemple, qu'il n'est pas aussi traumatisant qu'elles ne le croient d'acheter des condoms à la pharmacie?

Conclusion

Dans les milieux canadiens du VIH/sida, on insiste beaucoup sur la prise de décisions fondées sur l'expérience clinique et sur la recherche à l'échelle communautaire. On affirme avec raison que l'épidémie se manifeste à la base, et que sa compréhension doit essentiellement provenir de la base. Pour déterminer si la lassitude à l'égard de la sexualité à risques réduits entrave la prévention du VIH, il faut étudier les nombreux déterminants du comportement sexuel et l'effet défavorable qu'ils peuvent avoir sur la prévention. Pour cela, il faut commencer à la base, en s'attachant d'abord à la personne séropositive pour le VIH, puis aux populations exposées. Si nous supposons qu'il suffit, pour changer les comportements sexuels, de renseigner les gens sur le VIH et son mode de transmission, par des messages et des programmes de prévention axés sur la sexualité à risques réduits, nous nous exposons à des conséquences désastreuses.

Allons plus loin : un message de prévention dont les gens ne tiennent pas compte parce qu'ils ne voient pas en quoi il les concerne peut-il être la cause de nouvelles infections à VIH? Sachant le peu de cas que certains feront d'un tel message et les conséquences graves que cela pourrait avoir, il faut se demander ce qui « cloche », fondamentalement, sans présumer que la lassitude ou l'autosatisfaction sont toujours, ou seulement, le fait des populations cibles. Sans pointer personne du doigt, un tel exercice ferait la lumière sur les facteurs que l'on a pu oublier ou prendre pour acquis. Et que dire des programmes mêmes? Comment sont-ils conçus et diffusés, et à qui? Que dire des divers organismes qui financent l'élaboration des programmes? Et ceux qui touchent les fonds et sont mandatés pour exécuter les programmes – ont-ils tenu compte de la culture sexuelle en constante évolution dans les populations déjà infectées par le VIH en plus de s'employer à prévenir l'infection dans les populations qu'ils jugent être exposées? Bref, les spécialistes en prévention VIH éprouvent-ils eux-mêmes lassitude et autosatisfaction à l'égard de la sexualité à risques réduits?

« *L'activité sexuelle à risques réduits est devenue un système complexe d'informations produites par différentes sources ayant des visées différentes, que l'on offre aux consommateurs à la télévision, à la radio, dans les livres et les documents imprimés ou en face à face. Ensemble, [...] ces sources de savoir peuvent, par infiltration, opérer de profondes transformations des perceptions de la santé et du corps humain en temps d'épidémie. Ces messages, et la prolifération des concepts d'activité sexuelle à risques réduits, montrent que nous avons changé la manière dont nous nous percevons par rapport à l'organisation contemporaine de la sexualité.* » [Traduction]⁷

Bibliographie

1. Santé Canada. Centre de prévention et de contrôle des maladies infectieuses. « Tendances nationales relatives au sida et à l'infection à VIH au Canada », *Relevé des maladies transmissibles au Canada*, vol. 26 no 23 (2000), p. 1.
2. Stall et coll. « The Gay '90s: A review of research in the 1990s on sexual behavior and HIV risk among men who have sex with men », *AIDS*, vol. 14, suppl. 3 (2000), p. S8.
3. Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose. Division de l'épidémiologie du VIH et Division de la surveillance du VIH/sida. « Comportements sexuels à risque des Canadiens », *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida* (mai 1999).
4. Donovan, B. « Preventing HIV: Determinants of sexual behaviour », *Lancet* vol. 355, no 9218 (2000), p. 1897.
5. Wenger, N. S., et coll. « Misunderstandings of "safer sex" by heterosexually active adults », *Public Health Reports*, vol. 110, no 5 (1995), p. 618.
6. Ingham, R., et coll. « The Limitations of Rational Decision-Making Models as Applied to Young People's Sexual Behaviour », sous la direction de R. Aggleton et coll., *AIDS: Rights, Risks and Reasons*, Falmer Press, Londres, 1992.
7. Moore, L. J. *Producing Safer Sex: Knowledge, Latex Technologies and Sex Workers in the Age of AIDS*, Center of AIDS Prevention Studies, UCSF.

Autres ressources

Barrick, B., et coll. « Safer Sex Knowledge Base », National Institutes of Health, *Information BBS*, Washington, D.C., 1993.

Lehmann, A. *Safer Sex & Young Gay and Bisexual Men: A Focus Group Report*. AIDS Committee of Toronto, octobre 1994.

Mischewski, A. *Does Desire Displace Knowledge? (Re) Doing HIV*, Prevention Centre for the Study of STDs, Faculty of Health Sciences, La Trobe University, Melbourne, Australia. (consulté dans Internet, <http://wwwmanagingdesir.org/Mischewski.html>, le 3 février 2001)

Murphy, D. « Keeping it safe », *National AIDS Bulletin*, vol. 13, n° 6 (2000), p. 10-12.