

58^e RENCONTRE DU CRIPS ÎLE-DE-FRANCE

SÉROPOSITIVITÉ, SEXUALITÉ, RESPONSABILITÉ, PRÉVENTION

Quelles responsabilités dans la transmission du VIH ? Cette 58^e rencontre du Crips * souhaite faire le point sur la question de la responsabilisation, de la « judiciarisation », voire de la pénalisation de la transmission du VIH. Une question mise sous les feux de l'actualité depuis le procès de Colmar condamnant, en janvier dernier, à six ans de prison, un patient séropositif pour avoir contaminé deux jeunes femmes. Cette journée de débat permettra d'aborder deux thèmes principaux : le matin, la sexualité des personnes atteintes par le VIH/sida et l'après-midi, les aspects juridiques et éthiques de la transmission du VIH.

LA SEXUALITÉ DES PERSONNES ATTEINTES

DANIELLE MESSAGER

ANIMATRICE, JOURNALISTE À FRANCE INTER

Pas de controverses autour de la prévention de la transmission du VIH. En revanche, le champ du débat est vaste autour de la responsabilité de cette transmission. Quel sens lui donne-t-on en fonction de sa propre histoire, de ses rencontres, de sa fragilité ? Doit-elle être individuelle, partagée ? Et qu'entend-on par la notion de « partage » ? Une journée complète est consacrée à ce débat, d'autant plus difficile à mener qu'il touche à la sexualité et à la séropositivité. L'évolution de l'épidémie montre un tournant dans les comportements. Il convient de poser sereinement les questions et d'y apporter des réponses, à travers des échanges respectueux des positions de chacun.

ANNE HIDALGO

PRÉSIDENTE DU CRIPS

Le thème qui nous rassemble, séropositivité, sexualité, responsabilité, prévention, nous interpelle et met à jour de nouvelles questions qui traversent toutes les associations de lutte contre le sida, qui traversent aussi les débats que les responsables politiques ont sur le sujet. Ces mots ont un sens particulier aujourd'hui, car l'épidémie est en train de changer de visage. Les dernières données épidémiologiques de l'Observatoire régional de santé (ORS) montrent bien que les modes de contamination ont changé et qu'il existe des proportions élevées de contaminations hétérosexuelles de personnes de nationalité étrangère et de femmes. Aujourd'hui, la contamination hétérosexuelle représente le principal mode de contamination, soit plus de 50 % des cas révélés. Avec elle, le nombre de femmes contaminées par le virus du sida continue d'augmenter pour passer

* Rencontre du 15 mars 2005 à la Cité des sciences et de l'industrie, en partenariat avec la Cité de la santé. Les rencontres du Crips sont organisées avec le soutien de la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'Île-de-France.

Contentons
nous
de faire
réfléchir
n'essayons pas
de convaincre
Georges Braque



Centre
Régional
d'Information
et de Prévention
du Sida

Île-de-France

Tour Maine-Montparnasse
BP53 /
75755 Paris cedex 15
tél 01 56 80 33 33
fax 01 56 80 33 00
www.lecrrips.net
e-mail : info@lecrrips.net

ouvert au public

du mardi
au vendredi
de 13h à 19h
le samedi
de 10h à 17h

Région Île de France



PREFECTURE DE LA RÉGION
D'ÎLE-DE-FRANCE

de une femme pour sept hommes il y a dix ans, à une femme pour trois hommes en 2004. En France, les femmes représentent 43 % des nouvelles contaminations. En Île-de-France, sur la période 2002-2003, les contaminations par voie hétérosexuelle représentent 61 % des cas de sida contre 39 % sur la période 1996-2001. Par ailleurs, il est important de souligner que les personnes touchées sont d'abord des personnes migrantes dont le nombre annuel de nouveaux cas de sida augmente, alors qu'il baisse chez les sujets français. Enfin, si l'épidémie a changé de visage, les réponses qui lui sont apportées ont changé aussi avec l'arrivée des multithérapies, un dépistage plus systématique du sida et de nouvelles campagnes de prévention. Le discours que l'on peut tenir aujourd'hui vis-à-vis des patients séropositifs doit tenir compte de ces changements en mettant en avant les femmes, pour les valoriser véritablement dans leur rôle de prévention et dans leur attitude de protection. Quels sont les nouveaux messages à faire passer auprès des personnes atteintes par le VIH, en particulier auprès des femmes migrantes ? Comment responsabiliser et favoriser des comportements solidaires ? L'occasion nous est donnée aujourd'hui de prendre la parole sur ces questions cruciales et, ces messages de prévention à faire passer, il faut les construire ensemble. La lutte contre le sida est la grande cause nationale pour 2005.

FRANCE LERT

DIRECTEUR DE RECHERCHE INSERM

La place des personnes vivant avec le VIH/sida dans la prévention est un thème permanent des débats et de la politique du sida depuis le début de l'épidémie. Dans les années 1980, la prévention était un enjeu collectif qui devait être porté par chacun au niveau individuel par l'usage du préservatif. La prévention, c'est l'affaire de tous, quel que soit son statut vis-à-vis du sida. Dès le début des années 1990, ce principe est apparu insuffisant pour rendre compte des pratiques concrètes adoptées par les individus. Les travaux ethnographiques et sociologiques ont montré que les sujets, dans leur vie sexuelle, ont cherché à limiter cette utilisation du préservatif, vécue comme contraignante et déplaisante, en recourant aux tests de dépistage et en engageant le dialogue avec le partenaire. Aujourd'hui, ce principe de la responsabilité conjointe est discuté au regard du dérapage de l'épidémie chez les jeunes homosexuels masculins et de leurs comportements sexuels. Comment maintenir tout au long de la vie des pratiques de protection ? Quelles alternatives avons-nous finalement, sachant que le *safe sex* reste quand même assez limité dans le temps ? Nous sommes donc, aujourd'hui, en présence de jeunes adultes qui ont besoin d'une sexualité épanouie et qui vivent longtemps avec leur maladie grâce aux multithérapies. À ce constat, est venue s'ajouter la problématique de la « judiciarisation » des contaminations déclarées comme intentionnelles par des personnes qui se sentent victimes.

Alors, se posent désormais les questions de la négligence dans le rapport à autrui et des limites du partage de la responsabilité. Ce qui se passe entre les hommes et les femmes, à propos du VIH aujourd'hui, vient redoubler la domination masculine qui persiste encore, même atténuée, dans les rapports de genre au sein de notre société. C'est de l'ensemble de ces questions que le Crips vous invite à débattre aujourd'hui, en renouvelant une alliance particulière, présente depuis le début de l'épidémie du sida, celle de la recherche, de l'expérience des professionnels et de l'action communautaire et politique.

MARIE-ANGE SCHILTZ

CHERCHEUR AU CERMES, CNRS

« ENQUÊTE VESPA ET DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES »

L'étude VESPA est une enquête représentative auprès de 3 000 personnes séropositives en France, réalisée dans les hôpitaux en 2003. Elle étudie, entre autres, la sexualité de ces personnes et le constat est assez sombre : la contamination par voie sexuelle est majoritaire (77 %), et parmi ces contaminations par voie sexuelle, 40 % concernent des rapports homosexuels. La contamination par injection intraveineuse de drogue (17 %) est aujourd'hui en forte diminution par rapport aux années 1980. Les contaminations par transfusion sanguine chutent aussi considérablement (4 %). En revanche, la contamination hétérosexuelle est en forte croissance pour atteindre 37 % aujourd'hui, soit une femme séropositive pour trois hommes, alors qu'il y a dix ans, la proportion était d'une femme pour sept hommes séropositifs.

Cette enquête VESPA touche des populations très différentes, des homosexuels parisiens ou des femmes migrantes d'Afrique subsaharienne qui n'ont pas du tout le même mode de vie. Les hommes ont beaucoup plus de partenaires que les femmes (72 % des hommes ont plus de 10 partenaires contre 32 % pour les femmes). Chez les femmes toxicomanes, l'échange rapport sexuel contre drogue ou argent est beaucoup plus fréquent que chez les hommes toxicomanes (30 % contre 8 %). L'inactivité sexuelle est fréquente à partir d'un certain âge, plus chez les femmes que chez les hommes et les raisons de cette inactivité sexuelle sont la peur de contaminer l'autre, l'absence de désir, la peur du rejet et de ne plus plaire, la mauvaise santé et les difficultés d'utilisation du préservatif.

Chez les hommes, homosexuels, bisexuels ou autres, le nombre de partenaires occasionnels est plus élevé que pour les femmes (30 % contre 18 %). En revanche, il y a peu de différence entre le nombre de pénétrations non protégées chez les hommes et chez les femmes avec des partenaires occasionnels (environ 25 %), malgré les campagnes de prévention. Les raisons évoquées pour cette non-protection sont le refus personnel et/ou du partenaire du préservatif (34 %), la présence d'une charge virale indétectable (24 %) et des rapports entre partenaires séropositifs

(13 %). Ce qui reste associé à la prise de risque, c'est le nombre élevé de partenaires par an (plus de 15 par an), les rencontres via des « rézo-téléphones », Internet et *bac-krooms* ainsi que la consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments. Enfin, les raisons du non-usage du préservatif avec un partenaire stable séronégatif sont le refus partagé ou non à protéger l'autre (44 %), une charge virale indétectable (28 %) et un désir d'enfant (11 %).

Ce qui apparaît en filigrane dans cette étude, c'est que ce sont les problèmes relationnels, plus que les problèmes physiques, qui rendent la gestion de la sexualité plus difficile pour les sujets séropositifs et pour les femmes en particulier.

PHILIPPE ADAM

**DIRECTEUR DE L'INSTITUT FOR PSYCHO
SOCIAL RESEARCH (IPSR)**

ANTONIO ALEXANDRE

**DÉLÉGUÉ NATIONAL DU SYNDICAT NATIONAL
DES ENTREPRISES GAIES (SNEG)
« ÉTUDE "TESTER VOTRE SEX DRIVE"
CHEZ LES HOMOSEXUELS »**

Les prises de risque intentionnelles existent chez les sujets homosexuels et elles sont plus fréquentes chez les séropositifs que chez les séronégatifs. Mais la grande majorité des risques pris sont peu prémédités et découlent de situations dans lesquelles interviennent des mécanismes psychologiques complexes. Telle est l'une des conclusions de l'étude internationale « Tester votre *sex drive* » réalisée par l'IPSR en partenariat avec le SNEG. Elle a été menée sur un site Internet, Citégay, dédié à la communauté homosexuelle. Intitulée « Prises de risque intentionnelles et prises de risque non préméditées parmi les gays séronégatifs et séropositifs », cette étude porte sur les comportements sexuels de sujets homosexuels pour mieux comprendre, d'une manière globale, les déterminants de la prise de risque. Parmi les résultats, plusieurs déterminants psychologiques d'une prise de risque passée ou à venir ont été individualisés : la démotivation face au *safe sex*, la complaisance individuelle face aux rapports anaux non protégés, les normes sociales du groupe auquel on appartient face au risque, l'optimisme face aux nouveaux traitements, le *sex drive* c'est-à-dire la force du désir et des besoins sexuels, la dépression.

Autres données de cette étude en ligne : les participants ont une activité sexuelle intense avec 21 partenaires occasionnels sur un an pour les séronégatifs et 56 partenaires occasionnels pour les séropositifs. Les prises de risque pour des pénétrations anales actives ou passives concernent 27 % de la population des gays séronégatifs et 58 % des gays séropositifs. Bien que la plupart des gays n'ont pas l'intention de prendre des risques, ils se retrouvent souvent dans des situations où l'opportunité d'avoir un rapport non protégé se présente à eux. Le *willingness*

désigne la propension d'un individu à se laisser influencer pour avoir un rapport non protégé si l'occasion se présente.

Dans ces situations, la prise de risque est déterminée par des facteurs psychologiques qui renvoient à des besoins profonds comme ceux liés à la sexualité ou la recherche d'un mieux-être psychologique. Parmi ces situations, sont citées celles de l'état amoureux (32 %), d'être sexuellement très excité (20 %), d'être en présence d'un partenaire très attractif (17 %), d'être en état d'ébriété (15 %), d'être déprimé (13 %). Chez les sujets séronégatifs, le *willingness* explique une part plus grande des prises de risque que l'intentionnalité. Chez les séropositifs, ces deux mécanismes coexistent avec une légère prééminence de l'intentionnalité.

En conclusion, bien que la plupart des gays déclarent ne pas avoir l'intention de prendre des risques, ils se retrouvent souvent en situation où l'opportunité d'avoir des rapports non protégés se présente à eux. La prévention ne peut donc se contenter de remobiliser les gays face au *safe sex*, sans effectuer un travail de fonds sur l'optimisme face aux nouveaux traitements, les normes de tolérance du groupe face aux rapports non protégés, les besoins sexuels des individus, et les situations de forte excitation sexuelle qui rendent les personnes plus vulnérables face au risque de rapports non protégés.

QUESTIONS DE LA SALLE

D^R FRANCIS LALLEMAND, MÉDECIN À L'HÔPITAL SAINT-ANTOINE — Comment expliquez-vous la proportion de 8 % de patients séropositifs ayant répondu à cette étude ?

PHILIPPE ADAM — Cette enquête n'était pas ciblée « prévention sida » mais davantage « sexualité chez les homosexuels », ce qui peut expliquer que moins de séropositifs ont été motivés pour répondre à l'enquête. L'objectif était de recruter des personnes avec un *sex drive* élevé et de voir quels étaient les problèmes en termes de prévention et de besoins de prévention pour cette population spécifique.

D^R PIERRE DEMOOR, MÉDECIN À L'HÔPITAL BICHAT — Concernant l'étude VESPA, la longueur du questionnaire a-t-elle constitué ou non, un biais de recrutement en faveur des demandeurs d'emploi, par rapport aux patients actifs, compte tenu du temps nécessaire pour le remplir ?

MARIE-ANGE SCHILTZ — Effectivement, il existe un petit biais de recrutement à ce niveau-là. À l'inverse, les patients homosexuels ont davantage répondu, car plus concernés par le sujet de l'étude. Dans les analyses, nous avons réalisé ce qu'on appelle un redressement et une pondération, de façon à corriger ces biais.

EMMANUEL CHATEAU, MEMBRE DE LA COMMISSION PRÉVENTION D'ACT UP-PARIS — J'ai été surpris dans l'étude VESPA de la place que donnent des répondants à la charge virale indétectable pour expliquer leurs comportements de non-protection. Cela mérite de l'information spécifique, car il y a là un vrai malentendu.

Concernant l'étude « Testez votre *sex drive* », je voudrais savoir quand vous nous présenterez les données européennes sur l'ensemble des pays où cette étude a été menée ?

PHILIPPE ADAM — Les résultats sur la France et les Pays-Bas sont identiques. Les données brésiliennes sont en cours de publication et nous serons bientôt en mesure de vous présenter les chiffres internationaux.

FRANCE LERT — Quelle est l'indépendance entre les critères comme l'intentionnalité et la *willingness* et est-ce vraiment si différent ? Les variables que vous évoquez dans cette étude sur le *sex drive* sont-elles à mettre au même niveau ?

PHILIPPE ADAM — Les construits qu'on utilise dans cette étude sont vraiment indépendants et renvoient à des dimensions différentes. C'est pourquoi nous les avons gardés dans le modèle final. Il n'y a pas non plus de problèmes psychométriques sur nos échelles, car elles sont largement utilisées et validées, en particulier dans les populations hétérosexuelles. Nous avons simplement dû faire un travail de revalidation des échelles pour les adapter à la population homosexuelle. Il y a peut-être d'autres méthodes statistiques pour ce type d'enquête, mais celle utilisée dans notre étude ne présente pas de problèmes méthodologiques.

D^R NICOLE ATHÉA, CRIPS — Cette différence de comportements observés dans votre enquête entre les séropositifs et les séronégatifs tient-elle au fait qu'on est séropositif parce qu'on a plus de comportements à risque ou est-ce parce que l'on devient séropositif qu'on s'autorise à avoir ces comportements à risque car on n'a plus rien à perdre ?

PHILIPPE ADAM — Ces deux éléments jouent vraiment, ce qui explique les taux relativement élevés de comportements à risque chez les séropositifs par rapport aux séronégatifs.

D^R PIERRE DEMOOR

MÉDECIN AU CDAG DE BICHAT

« LA CLINIQUE DE LA CONTAMINATION : PRÉSENTATION DE NOUVEAUX CAS DE CONTAMINATION »

On ne peut pas se retenir de respirer, de s'alimenter et d'exprimer sa sexualité. Les patients que nous recevons dans notre centre font une démarche active de dépistage. Nous leur avons proposé un questionnaire ciblé sur leurs comportements sexuels. L'apparition de nouveaux antirétroviraux efficaces a beaucoup modifié le suivi des patients porteurs du VIH et a modifié des projets de vie qui ont été à nouveau possibles à construire. Mais, ces progrès thérapeutiques ont amené aussi des changements dans le comportement des patients, conduisant à l'apparition de ce qu'on pourrait appeler « une nouvelle clinique des contaminations ». Un grand nombre de patients qui viennent se faire dépister, en particulier les homosexuels, ont été contaminés de façon récente depuis moins de six mois, ce qui nous interroge sur

l'efficacité des messages de prévention que nous délivrons tous les jours, à l'occasion de ces dépistages. L'évolution de ces nouvelles contaminations est représentée aujourd'hui, dans le milieu hétérosexuel, majoritairement par la population migrante, en particulier d'Afrique subsaharienne. Pour un quart des cas, elle concerne la population homosexuelle. Cent mille patients sont aujourd'hui séropositifs en France et, parmi les homosexuels, 10 % sont séropositifs.

Une patiente originaire du Mali vient régulièrement depuis deux ans pour faire un dépistage du VIH. Elle est très anxieuse car son mari refuse le préservatif et ne veut pas faire de test. Elle a décidé un jour de refuser tout rapport qu'elle considérait comme imposé par son mari, sans vraiment y parvenir. Son test de dépistage est revenu un jour positif et son mari l'a accusée de l'avoir contaminé. Cette observation pose la question des comportements des personnes qui connaissent la réalité de l'infection, les modes de contamination, les moyens de prévention mais qui, pour des questions culturelles et de domination, sont néanmoins contaminés.

Un autre patient séropositif, contaminé par son partenaire de couple, a été confronté à la maladie puis au décès de son compagnon. Il a évoqué ensuite l'idée qu'il était content de faire vivre le « cadeau » du virus que lui avait fait son compagnon défunt, comme un enfant qu'il aurait reçu.

Ces observations témoignent des dimensions psychologiques intervenant dans la prise de risque, parfois revendiquée. L'intérêt récent de la société, par le biais du juridique, pour ces comportements sexuels à l'origine de contaminations est quelque chose qui peut modifier les représentations attachées à la sexualité en général et à celle des homosexuels en particulier.

D^R SERGE HEFEZ

PSYCHIATRE, PSYCHANALYSTE,
RESPONSABLE D'ESPAS

« LES ENJEUX PSYCHIQUES DE LA PRISE DE RISQUE ET DE LA TRANSMISSION »

Il existe une polysémie de la prise de risque à la fois psychique, sociale, groupale, cognitive et morale qui parfois se potentialisent pour aboutir au passage à l'acte. Cette part d'inexplicable pour les observateurs l'est aussi, bien souvent, pour les sujets eux-mêmes. Tristan a appris sa contamination par le VIH, le VHC et la syphilis. Il a 23 ans et est « monté à Paris », en quittant sa famille et sa petite ville de province pour vivre pleinement son destin homosexuel. Il se confronte au milieu festif homosexuel parisien, à la consommation effrénée de sexe, de produits stimulants. Progressivement, sa détermination préventive s'émousse. Quand je le rencontre, il s'accuse, il se mortifère, il vitupère contre ses aînés inconséquents qui l'ont entraîné, malgré lui, dans l'univers de la maladie. Il veut désormais quitter son travail de serveur et retourner dans sa petite ville de province auprès de sa mère

qui est bien seule. Peu à peu, Tristan se livre et évoque sa naissance, qui succède à la mort d'une sœur à l'âge de dix-huit mois, dont sa mère ne s'est toujours pas remise. À tous les deux, ils forment un couple fusionnel, en lutte commune contre la dépression maternelle. Il connaît une phase de dépression à l'adolescence, au cours de laquelle il rencontre un psy qui lui parle de cette identification à cette sœur morte. Cette dimension inconsciente va œuvrer en souterrain dans les choix de vie de Tristan avec d'autres facteurs plus conscients qui interviennent lors de passages à l'acte.

Le déni est un mécanisme complexe qui fait qu'on sait et qu'on ne sait pas à la fois, ou qu'on sait tout en faisant comme si on ne savait pas. Ce déni peut exister à titre individuel ou à l'échelle d'un groupe. Quand on entre dans un groupe, l'excitation groupale peut faire perdre ses propres frontières. On devient un moi groupal indifférencié. L'excitation elle-même provoque, sur le plan cognitif, des courts-circuits et fait qu'on se retrouve dans une situation d'ignorance, que l'excitation soit générée par des produits ou l'excitation sexuelle elle-même. La lutte pour la prévention doit prendre en compte tous ces niveaux de compréhension, les connaissances, la fierté du groupe homosexuel dans leurs mécanismes d'identification, la dimension inconsciente des comportements qui peut être abordée par la multiplication des lieux d'écoute individuelle.

QUESTIONS DE LA SALLE

DANIELLE MESSENGER — Quelle interprétation peut-on faire de la charge virale d'un patient et quelles questions sont posées à ce sujet ?

D^r PIERRE DEMOOR — Les patients connaissent cette notion de charge virale mais confondent « être séronégatif » avec « je n'ai plus de virus car la charge virale est devenue indétectable ». Certains se rassurent en disant, « c'est moins grave, j'ai une charge virale indétectable » et ils interprètent comme cela les arrangements.

D^r FRANCIS LALLEMAND — Quand la charge virale est vraiment indétectable dans le compartiment plasmatique depuis un certain temps, le risque de contamination est de toutes les façons moins grand que si la charge virale était élevée. Mais le risque n'est pas nul pour autant, car il reste du virus dans le compartiment spermatique.

PHILIPPE RUSIN — Le discours des séropositifs entendu dans les centres de dépistage anonyme et gratuit est souvent « je n'ai plus grand-chose à perdre » qui est l'une des explications des rapports non protégés dans ce groupe à risque. Leur tient-on aussi un discours sur les surcontaminations, les co-infections comme l'hépatite C et la syphilis qui réduisent l'espérance de vie des personnes séropositives ? Ce message peut-il être entendu ?

D^r PIERRE DEMOOR — Dans notre centre de dépistage de Bichat, les patients réclament eux-mêmes, très souvent, le test de dépistage de la syphilis grâce à l'information qui

est en train de circuler sur cette maladie sexuellement transmissible. Ce qui est parfois moins connu, c'est le risque de primo-infection lié à l'hépatite C que l'on voit de plus en plus fréquemment, en particulier lors de pratiques qualifiées de *hard*, par exemple en présence de *piercing* et de « prince Albert » susceptibles de provoquer des saignements.

RENÉ-PAUL LERATON, SEXOLOGUE, COORDINATEUR DE LA LIGNE AZUR/SIDA INFO SERVICE — L'entrée dans la sexualité est souvent très directe pour les jeunes homosexuels garçons. Dans la fierté homosexuelle, l'histoire du groupe joue un rôle important qu'il s'agisse de la déportation des homos pendant la guerre, puis le début de l'épidémie de sida dans les années 1980 avec la peur, le désespoir, la maladie et les compagnons qui disparaissent. Nous, les aînés, nous sommes extrêmement silencieux sur cette période-là et ce silence peut expliquer la perte de distance par rapport à la réalité de l'épidémie chez certains jeunes gays.

GILLES BELTRAND, ACTEUR DE PRÉVENTION, ASSOCIATION ANGEL 91 — Quels sont les liens entre dépression et prise de risque pour les sujets homosexuels ? Il me semble que ces liens sont plus étroits qu'il ne paraît dans votre étude sur le *sex drive*.

PHILIPPE ADAM — Effectivement, il existe des liens étroits entre dépression et prise de risque, mais surtout sur certains segments de populations étudiées, comme les homosexuels séropositifs et les sujets jeunes.

D^r SERGE HEFEZ — La notion même de dépression pose question car elle peut être repérable, soit sur des tests, soit sur des items cliniques et elle est alors médicalement « soignable ». Mais, un certain nombre d'affects dépressifs animent des sujets alors même qu'ils l'ignorent et qu'ils sont dans des passages à l'acte pour éviter de se confronter à ces affects. Parmi ces passages à l'acte, il y en a qui sont des équivalents suicidaires.

D^r FRANCIS LALLEMAND

MÉDECIN, HÔPITAL SAINT-ANTOINE

« LES RETENTISSEMENTS DES TRAITEMENTS SUR LA SEXUALITÉ MASCULINE »

Il existe une forte prévalence des dysfonctions sexuelles chez les hommes homosexuels sous antirétroviraux, entre 30 et 60 % des sujets, comme le montrent plusieurs études sur cette population. Les données sont beaucoup plus pauvres pour les femmes sous traitement. Ces dysfonctions sexuelles ont une incidence sur l'observance, la prévention et la relation à l'autre. Elles prennent la forme de troubles de la libido, de l'érection et de l'éjaculation. Ces troubles sont plus marqués à des stades plus avancés de la maladie et peuvent être alors rapportés à un état général dégradé, à l'immunodépression, à une baisse de la testostérone, à des atteintes neurologiques ou à des difficultés psychologiques.

Les antirétroviraux ont été aussi mis en cause dans la prévalence de ces troubles puisque selon une étude, seuls 20 %

des sujets souffraient de dysfonctions sexuelles avant l'annonce de la séropositivité, 35 % d'entre eux en souffraient après l'annonce de la séropositivité et environ 60 % en souffrent sous traitement antirétroviral. Mais d'autres études donnent des résultats différents. Il n'y a donc aucun argument formel pour dire que les traitements ont un effet direct sur les dysfonctions sexuelles. Elles pourraient, en revanche, être rapportées indirectement au traitement, car la prise quotidienne des médicaments reste un rappel de la séropositivité et induirait des effets secondaires néfastes à la vie sexuelle. Il reste que ces retentissements posent des questions sur la capacité des soignants à aborder la sexualité et les difficultés sexuelles de leur patient. Car, améliorer la qualité de vie sexuelle de ces sujets, c'est améliorer la qualité de vie tout court, par un impact sur la relation aux autres, l'estime de soi et la satisfaction personnelle.

D^R NICOLE ATHÉA

GYNÉCOLOGUE

« LA SEXUALITÉ DES FEMMES SÉROPOSITIVES »

La question de la prévention et de la contamination des partenaires en consultation s'est très peu posée dans le suivi de femmes séropositives. Les médecins ont sur cette problématique une véritable responsabilité qu'ils n'ont pas toujours assumée. La féminisation de l'épidémie de sida, les progrès thérapeutiques réalisés depuis l'avènement des antiprotéases, la possibilité d'envisager une grossesse plus sereinement du fait d'un risque de transmission materno-fœtal très faible ont constitué des événements majeurs dans l'évolution de l'épidémie pour les femmes. La séropositivité est désormais envisagée comme une maladie au long cours avec une exigence plus grande en terme de qualité de vie, en particulier concernant la sexualité de ces femmes.

Comment nous, médecins, pouvons-nous aider ces patientes à mener leur vie de femmes tout en les sensibilisant à leur responsabilité vis-à-vis de leurs partenaires et du risque de possible contamination ? Pour répondre à cette question, il faut d'abord souligner la diversité des milieux socioculturels de ces femmes qui va jouer un rôle majeur dans leur vécu de la maladie, dans la parole possible ou impossible sur la séropositivité et enfin, sur la négociation ou non de stratégies de prévention avec leurs partenaires. Les femmes d'origine subsaharienne constituent la majorité des femmes séropositives vues en consultation. La vulnérabilité des femmes migrantes tient à leur dépendance socio-économique mais aussi aux représentations de la séropositivité des femmes dans la population africaine qui rend difficile pour une femme le fait d'assumer la séropositivité. Elles craignent d'être rejetées du foyer et privées des enfants.

La prise en charge de la sexualité des femmes séropositives ne peut pas se calquer sur celle des homosexuels séropositifs car les comportements sexuels sont très différents, notamment en termes de nombre de partenaires

et d'enjeux de la sexualité. Elles réagissent souvent par un évitement de la sexualité du fait de la peur de contaminer l'autre. L'annonce d'une séropositivité à son partenaire doit se faire au cas par cas pour ces femmes dont la culpabilité est déjà très grande et qui craignent la violence du partenaire à l'énoncé de ce diagnostic. Si l'annonce est acceptée, la protection par un préservatif permettra de poursuivre une sexualité au sein du couple dans le temps. Mais ces femmes sont parfois confrontées au déni de leur partenaire qui impose des rapports non protégés ce qui réactive chez la femme la peur de contaminer. L'apprentissage du port du préservatif féminin peut alors être une réponse à ce problème, mais la contrainte au long cours n'est pas toujours tenable, d'autant que les femmes ont aussi parfois l'envie d'oublier qu'elles sont séropositives et de vivre comme les autres. Enfin, quand le désir de grossesse est présent dans ces couples, même si les solutions d'auto-insémination sont très simples, beaucoup de couples en passent par la méthode naturelle, malgré la prise de risque. C'est pourquoi, face à un désir de grossesse, il faut anticiper la demande en expliquant les solutions les plus faciles et les plus sûres pour envisager cette grossesse.

QUESTIONS DE LA SALLE

RENÉ-PAUL LERATON — Je suis d'accord avec le D^r Lallemand sur la nécessité d'aborder la question de la sexualité avec les patients séropositifs. Si le médecin ne se sent pas à l'aise avec ce sujet, il doit l'adresser à quelqu'un de compétent. Deux de mes patients homosexuels séropositifs sous traitement n'ont pas de problèmes de libido mais des problèmes d'érection. Les médicaments antirétroviraux n'ont-ils pas quand même un impact sur la circulation sanguine et, en particulier, au niveau de l'irrigation de la verge ?

D^r FRANCIS LALLEMAND — Une des meilleures façons de distinguer une dysfonction érectile psychogène d'une dysfonction érectile d'origine organique, c'est de constater s'il y a des érections matinales spontanées. Si les médicaments étaient en cause, celles-ci ne seraient plus présentes, ce qui n'est pas le cas la plupart du temps. En revanche, s'il n'y pas du tout d'érection matinale ou nocturne, il faut faire un bilan avec, en particulier, un doppler pénien.

DANIELLE MESSAGER — D^r Athéa, pour les femmes séropositives que vous suivez, si leur partenaire refuse de mettre un préservatif, acceptent-ils mieux le port du préservatif féminin de leur compagne ?

D^r NICOLE ATHÉA — Oui, le plus souvent le partenaire accepte le préservatif féminin. Ce sont les femmes qui, selon mon expérience, ont du mal à mettre ce préservatif sur le long cours car il leur rappelle leur statut de personnes séropositives.

TRANSMISSION DU VIH ET RESPONSABILITÉ : ASPECTS JURIDIQUES ET ÉTHIQUES

P^R WILLY ROZENBAUM

PRÉSIDENT DU CONSEIL NATIONAL DU SIDA

Le CNS a pour objectifs de conseiller les pouvoirs publics sur tous les problèmes que pose le sida à la société mais aussi de se pencher sur les politiques de prévention. Il proposera des recommandations dans ce domaine d'ici la fin juin 2005 et nous réalisons actuellement de nombreuses auditions pour mieux définir ces recommandations. Les contaminations volontaires existent. Elles peuvent faire l'objet d'actions de justice et doivent être condamnées. Par contre, la situation la plus banale concerne la contamination de femmes par des hommes mais aussi la contamination d'hommes par des femmes. Certains pensent que ces situations dramatiques qu'ils vivent, du fait de leur contamination, pourraient être réparées par une reconnaissance sociale de la faute. Peut-être individuellement, mais une démarche à titre collectif va aggraver la stigmatisation et donc constituer un frein à la prévention. C'est une question cruciale qui renvoie aux difficultés qu'ont les associations à suivre l'évolution de l'épidémie et ses nouvelles problématiques. La pénalisation certes, mais pour quoi faire en terme de santé publique ? Comment répondre à ces nouveaux enjeux ? Le débat est ouvert.

BARBARA WAGNER

PRÉSIDENTE DE L'ASSOCIATION FEMMES POSITIVES

Contaminée par son conjoint il y a douze ans, Barbara Wagner s'est décidée à intenter une action en justice quand elle a appris qu'il l'avait trompée et qu'il n'avait pas protégé sa nouvelle partenaire : « Notre expérience ne lui a rien appris et sans une sanction, il continuera délibérément à transmettre le virus ». Culpabilisée et incomprise des associations de lutte contre le sida, Barbara Wagner a été, dans un premier temps, anéantie par cette trahison doublée d'une condamnation lourde de conséquence pour sa santé physique et mentale. En 2003, elle crée l'association Femmes positives pour défendre les femmes contaminées à leur insu, dans le cadre de relations hétérosexuelles stables. L'association a remporté une première victoire lors du procès de Colmar en janvier 2005 où elle s'était portée partie civile. Mais la pénalisation de la contamination volontaire et la responsabilité des séro-

positifs dans la prévention du sida, réclamée par Femmes positives, soulèvent des questions jusqu'à présent taboues dans les autres associations de lutte contre le sida. « Ce n'est pas une fatalité de contaminer les autres sans sanction » conclut-elle.

CHRISTIAN SAOUT

PRÉSIDENT DE AIDES

L'association Aides regroupe des centaines d'hommes et de femmes contaminés par le VIH et qui ont choisi de ne pas déposer de plaintes au pénal. Acteur dans la lutte contre le sida, Aides souscrit, en revanche, à l'idée qu'il y a de la place pour la pénalisation de la contamination volontaire, dès lors qu'elle se réalise dans une intention malveillante. « À Aides, nous recevons aussi bien les hommes séropositifs que les femmes séropositives » affirme Christian Saout. Aides a porté assistance à Christophe Morat, l'homme condamné à Colmar en 2005. « Ce procès ne nous a pas paru équitable » explique-t-il. L'objet de l'association n'est pas de faire des procès car ce n'est pas une association de victimes, mais de poser la question de la responsabilité partagée comme outil de prévention. Cette responsabilité n'est partagée que si elle est éclairée, c'est-à-dire que les personnes séropositives témoignent de leur sérologie à leur partenaire pour un partage des risques dans une relation sexuelle consentante. La stigmatisation des personnes séropositives constitue un frein à ce dialogue, une stigmatisation que risque d'aggraver encore une pénalisation de la contamination. Pour ne pas être accusé d'avoir été contaminant, on risque de ne plus faire de dépistage et d'aller à l'encontre des efforts de prévention qui sont faits en matière de lutte contre le sida. Mais si on travaille à l'articulation entre la question de responsabilité partagée sur la base d'un consentement éclairé, on ne devrait pas avoir matière à sanctions pénales ou civiles autres que dans les cas de contamination volontaire.

EMMANUEL CHATEAU

COMMISSION PRÉVENTION D'ACT UP-PARIS

Cette question de la pénalisation et de la criminalisation de la contamination n'a pas été sans poser problème à l'association Act Up. Ce statut de victimes réclamé par l'association Femmes positives n'est pas vécu de la même manière selon les personnes et les parcours de chacun. Il existe des différences entre hommes homosexuels et femmes hétérosexuelles liées à un contexte culturel différent : les femmes contaminées n'ont pas vécu l'histoire du sida depuis les années 1980 comme les hommes homosexuels. Elles ont besoin de confiance dans le cadre du couple par rapport à la fidélité conjugale et au désir d'enfants. Elles ont le sentiment de ne pas devoir être contaminées, d'où ce sentiment accru d'être des victimes. Quand on est séropositif, on doit mettre des préservatifs. Act Up a toujours eu une attitude de condamnation

des rapports non protégés avec un discours parfois agressif sur ce sujet. Mais doit-on pour autant aller jusqu'à une condamnation juridique même si la condamnation morale est acquise ? Les avis sont divergents sur ce point. Il n'est pas sûr, du reste, qu'une condamnation juridique de la transmission du VIH conduise à un changement radical des comportements, car il existe souvent des mécanismes de déni chez ceux qui transmettent le virus. Ces affaires de pénalisation de la contamination sont en fait le procès de la prévention. C'est la prévention en direction des hétérosexuels qui est en cause, et il est sans doute nécessaire d'avoir une prévention ciblée pour les hétérosexuels, les femmes en particulier, car le sida se transmet à deux.

GEORGES SIDÉRIS

PORTE-PAROLE DE WARNING

Warning est une association homosexuelle de lutte contre le sida utilisant Internet comme moyen médiatique et moderne de communication. L'association y a ouvert un forum pour pouvoir donner la parole à tous ceux qui le souhaitent, séronégatifs ou séropositifs, homosexuels ou hétérosexuels, pour sortir du discours clos du milieu homosexuel. Du point de vue de la prévention, l'idéologie de la responsabilité partagée est aujourd'hui obsolète. La notion de responsabilité partagée signifie qu'il faut mettre un préservatif dans tous les cas parce que la personne en face est ou peut être séropositive. Le discours sur l'utilisation du préservatif est peu passé chez les hétérosexuels, alors que chez les homosexuels, l'idée de la responsabilité partagée est prégnante du fait de l'hécatombe. Cette différence de point de vue est peu prise en compte par le milieu associatif et par le monde médical.

Aujourd'hui, le vote pour le Pacs établit et reconnaît le couple homosexuel, et le couple, c'est l'amour et la confiance. Du coup, certaines représentations des homosexuels comme celle du vagabondage sexuel, sont devenues trop simplistes. Les jeunes aspirent à vivre dans un couple stable, dans lequel on a un rapport exclusif. C'est bien la question de la confiance qui est posée. C'est pourquoi nous avons été profondément interpellés par Femmes positives, car elles mettent l'accent sur la notion de trahison. Nous, association homosexuelle de lutte contre le sida, nous disons que Femmes positives pose une question juste. Comment se fait-il qu'il n'y ait que cette seule association qui pose cette question ? Si Warning reste totalement opposé à la pénalisation de la transmission du VIH/sida, en revanche, il semble évident, que les femmes qui ont été contaminées du fait d'un abus de confiance, d'une tromperie, sont des victimes. C'est vrai aussi pour les homosexuels qui sont contaminés à la suite d'un mensonge ou d'un abus de confiance.

QUESTIONS DE LA SALLE

CHRISTOPHE MARTET, RÉDACTEUR-ADJOINT DE TÊTU —

Il est de la responsabilité d'un magazine comme *Têtu* de ne pas jouer sur des litotes et d'affronter directement les personnes séropositives qui ont des comportements à risque. Ce que dit Femmes positives, c'est l'énorme souffrance des personnes séropositives aujourd'hui en France et la difficulté de parler de sa séropositivité.

P^R WILLY ROZENBAUM — On ne résout pas les problèmes de santé publique avec des considérations morales. La responsabilisation des personnes contaminées est nécessaire, mais elle ne résoudra pas le cœur du problème qui est : « Comment fait-on pour dévoiler sa séropositivité quand on s'expose alors à un risque de mort sociale ? »

ANTONIO UGIDOS, DIRECTEUR DU CRIPS ÎLE-DE-FRANCE

— Il y a une différence entre morale et éthique. Depuis 20 ans, on parle de responsabilité partagée et quand on dit « responsabilité partagée », on pense que c'est 50/50. Si l'un des deux ne se protège pas, c'est son problème. Il faudrait en fait parler aujourd'hui de « responsabilité conjointe » : quoi que fasse l'autre, ma responsabilité à moi est engagée à 100 %. Les messages ne peuvent plus être les mêmes, car l'épidémie a changé de visage : doit-on s'adresser de la même manière à une personne séropositive et à une personne séronégative ? Les enjeux sont différents. Pour le premier c'est : « je mets un préservatif parce que je suis séropositif » et pour le second : « je veux un préservatif parce que je suis séronégatif ». Dans le premier cas, on indique sa séropositivité, dans le second cas on veut se protéger. Ce sont des questions qui doivent se poser à l'ensemble des acteurs de prévention. Merci à ceux qui mettent des capotes, à ceux qui ont des comportements responsables.

BARBARA WAGNER — On en arrive à se lancer dans le champ judiciaire pour éviter à d'autres personnes de vivre les mêmes souffrances que nous avons vécues, par souci de solidarité avec des personnes innocentes victimes de mensonge et de trahison. Si les hommes ou les femmes qui nous ont contaminés nous avaient avoué leur statut sérologique, on ne les aurait pas forcément quittés, mais on aurait eu le libre choix de poursuivre ou non une relation ensemble. Comment laisser faire des gens qui ont des comportements pareils sans ne rien dire ?

DIDIER LESTRADE, FONDATEUR D'ACT UP — On voyait arriver ce problème depuis longtemps. Il est important que l'association Femmes positives qui aborde enfin ce problème ait les moyens de s'exprimer pour participer à une réflexion collective qui concerne aussi bien la communauté homosexuelle que le reste de la population. Il faut avancer sur ces idées de responsabilité partagée à deux, au niveau des groupes ou au niveau de la collectivité. Il faut réévaluer nos politiques de prévention et aider des associations, comme Femmes positives, qui abordent des questions que les autres associations ne peuvent pas aborder actuellement.

SUZANNE MAWAS LE DAIN

AVOCATE

« PÉNALISATION DE LA TRANSMISSION VOLONTAIRE : ÉTAT DES LIEUX JURIDIQUE »

Jusqu'à l'affaire Morat, il n'y a pas eu de décisions significatives rendues par la Justice en matière de pénalisation de la transmission du VIH. La principale raison en est que beaucoup de poursuites ont été lancées sur le fondement de l'empoisonnement, lequel a été récusé dans le cas de la transmission du VIH par la Cour de cassation en 1998.

Il faut revenir sur la notion d'empoisonnement, et les raisons de son rejet. Dans ce crime, l'élément matériel est constitué par l'administration d'une substance mortifère. Notons que c'est donc une infraction formelle, c'est-à-dire que le résultat importe peu ; le crime est caractérisé par l'administration, même si la victime n'est pas décédée. Par ailleurs, s'agissant de l'élément moral, jusqu'à l'affaire du sang contaminé, on considérait qu'il ne pouvait y avoir d'empoisonnement sans intention de donner la mort, c'est-à-dire que l'élément moral était inclus dans le fait d'avoir administré un poison. Mais le tournant de l'affaire du sang contaminé a été que l'élément moral de la notion d'empoisonnement a été revalorisé. Désormais, en vertu de l'Arrêt de la Cour de cassation du 2 juillet 1998, le simple fait de savoir que la substance qu'on administre a un caractère mortifère ne suffit pas pour caractériser l'intention de donner la mort : il faut avoir explicitement recherché ce résultat. C'est cet arrêt de 1998 qui a mis fin à toutes les tentatives de poursuites pour empoisonnement en matière de VIH. Les poursuites ont alors été tentées sur le fondement de l'article 222-15, qui dispose l'administration de substances nuisibles ayant porté atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'autrui, comme c'est le cas dans l'Arrêt Morat rendu par la Cour d'appel de Colmar le 4 janvier 2005. Il s'agit alors d'un délit, et non d'un crime comme l'empoisonnement, jugé au correctionnel et non aux Assises, et avec des délais de prescription plus courts. Par rapport à l'empoisonnement, l'administration de substance nuisible nécessite un élément intentionnel amoindri, mais un élément matériel renforcé. En effet, l'élément intentionnel peut être déduit de la seule acceptation consciente du danger que les substances seraient susceptibles de faire courir à la victime. En revanche, pour l'élément matériel, la définition exige que la substance ait non seulement été nuisible, mais qu'elle ait effectivement provoqué des atteintes à l'intégrité physique ou psychique de la victime. Il faut donc que le Ministère public puisse démontrer qu'il existe un lien de causalité prouvé, établi et certain entre l'administration des substances et l'atteinte à la santé ou au psychisme.

L'Arrêt Morat va au-delà de l'article 222-15, et ne correspond pas à ces définitions. La question courante devant cet arrêt c'est celle de l'élément intentionnel : y a-t-il eu intentionnalité de nuire de la part de Morat ? Le

problème se pose, certes, mais compte tenu que la jurisprudence atténue de fait l'importance de l'élément intentionnel dans ce type d'infraction par rapport à l'élément matériel, c'est plutôt finalement la caractérisation de l'élément matériel qui pose problème dans cet arrêt. En effet, c'est une infraction de résultat et non une infraction formelle : les textes stipulent qu'il faut qu'il existe un lien de causalité prouvé et établi entre l'administration des substances et l'atteinte à la santé. Or nous ne trouvons par exemple aucun élément dans l'Arrêt concernant le statut sérologique des plaignantes avant leurs rapports avec Christophe Morat. Il serait également nécessaire, pour vraiment caractériser l'élément matériel, de voir si l'état actuel des sciences permet, par la comparaison des souches virales, de déterminer si la personne est bien le contamineur ou pas. Du point de vue du juriste – qui n'est pas le seul possible toutefois dans ce débat de société –, en raison de l'imprécision de l'élément matériel, l'article 222-15 n'aurait peut-être pas dû fonder une condamnation ici. La Cour de Cassation en décidera.

PATRICK ZYLBERMAN

HISTORIEN (CENTRE DE RECHERCHE MÉDECINE, SCIENCES, SANTÉ ET SOCIÉTÉ, CNRS-INSERM-EHESS)

« PUNIR LA CONTAMINATION ? GÉNÉALOGIE D'UN ÉCHEC (1905-1960) »

Faut-il punir la contamination ? Le procès de Colmar marque peut-être un tournant dans la jurisprudence. Jusqu'à présent, en effet, en matière de contamination la tendance a été de rejeter le chef d'empoisonnement pour la transmission d'une maladie vénérienne. En France, depuis le XIX^e siècle, le délit de contamination a maintes fois été proposé sans jamais être adopté. On parlera finalement d'imprudence sanitaire (emportant l'obligation de se faire soigner) plutôt que de délit de contamination.

En 1903, la Cour de cassation devait ouvrir la voie d'une incrimination de la transmission d'une maladie contagieuse en étendant l'acceptation des art. 309, 310, 311 de violences et voies de fait, et 319 et 320 coups et blessures involontaires, aux lésions occasionnées par les maladies vénériennes. En 1907, la commission extraparlamentaire du régime des mœurs émettait une première proposition relative à un « délit de contamination ». Par ailleurs, un projet de loi était déposé sur le bureau du Sénat en 1910 mais ne serait jamais discuté. Six ans plus tard, une commission de prophylaxie des maladies vénériennes était créée qui, en 1924, adopterait une proposition de loi, présentée par le sénateur Poulle, prévoyant un emprisonnement de 2 à 5 ans pour la contamination volontaire et de 6 jours à 6 mois pour le même délit commis par imprudence. En 1925, la commission approuve un autre projet qui prévoit cette fois un emprisonnement de 1 à 5 jours pour tout individu ayant eu des rapports sexuels en période contagieuse. Dans l'esprit des hygié-

Jean-Pierre Rageau

Bénédicte Astier

Mélanie Heard

Isabelle Baldisser

Antonio Ugidos

ISSN 1242-1693

nistes, ces projets de loi ne tendaient pas seulement à réprimer des comportements délictueux mais avaient pour but d'obliger le malade à se faire soigner — on parlait alors d'« astreinte sanitaire » comme aujourd'hui d'« injonction thérapeutique » — et ainsi d'éviter qu'il ne transmette sa maladie.

De nos jours, l'article L 285 du code de la santé publique punit d'un an d'emprisonnement « tout agent contaminateur se sachant atteint d'une maladie vénérienne ». Codification des lois des 31 décembre 1947 et 18 août 1948, la substance de cet article reprend l'essentiel de la loi du 31 décembre 1942, elle-même fille d'un décret de novembre 1939 qui l'avait précédé en ce sens après la tentative malheureuse mais fondatrice du projet de loi déposé au Sénat en novembre 1936 par le ministre de la Santé du Front populaire. Ce texte organisait d'abord la dénonciation médicale à l'autorité sanitaire des malades contagieux par la réforme relative au secret médical et instaurait ensuite l'obligation du certificat médical pour toute personne que « des présomptions graves, précises et concordantes » désignent comme atteinte d'une maladie vénérienne et propageant celle-ci. Surtout, commis intentionnellement ou par imprudence, le délit de contamination était puni de deux à cinq ans de prison. Hélas ! sous la pression des syndicats de propriétaires de maisons closes et de certains médecins, le Sénat repousserait *sine die* l'examen du projet... Et dès lors, les hygiénistes devront se contenter d'un « délit d'imprudence sanitaire » (par exemple : envoyer son enfant à l'école avec les oreillons), « imprudence nocive » que le décret de 1939 et la loi de 1942 entendront réprimer (à peine « d'astreinte sanitaire ») et que punit notre article L 285.

MÉLANIE HEARD

DOCTORANTE EN SCIENCES POLITIQUES

« RESPONSABILITÉ MORALE, RESPONSABILITÉ PÉNALE »

La question posée est celle de la responsabilité des personnes séropositives de ne pas exposer autrui au risque de contamination. Cette question est posée à la société dans un contexte particulier, à l'heure d'une recrudescence des comportements à risque, par des femmes qui demandent justice. Au-delà de la pertinence de la qualification pénale d'administration de substance nuisible utilisée à Colmar, c'est une question morale et politique qui se pose. De quoi avons-nous besoin pour qualifier la responsabilité morale d'une personne séropositive qui contaminerait autrui ? Si nous caractérisons une telle responsabilité morale, voulons-nous qu'elle soit sanctionnée collectivement, et si oui, à quelle fin ?

Au chapitre de la question morale, la notion de risque est avancée par certains pour restreindre la responsabilité de celui qui exposerait autrui au risque de contamination : il ne s'agirait que d'un risque de transmission, non d'une transmission intentionnelle. Il faut rejeter une telle stratégie de restriction de la responsabilité : la « causation » d'un risque, c'est-à-dire le fait de rendre possible un événement indésirable, engage la responsabilité quelle que soit la probabilité de réalisation de l'événement. La même stratégie de restriction de la responsabilité de la personne séropositive est en jeu dans la notion de responsabilité partagée : celui qui subit un dommage alors qu'il aurait pu se donner les moyens de l'éviter ne saurait en tenir pour responsable celui qui le lui a causé. Il y a là une conception individualiste de la relation à l'autre qui ne fait pas bon ménage avec le concept de responsabilité... car enfin, en matière de responsabilité, difficile de concevoir un partage au sens d'une division en parts : ce n'est pas « chacun sa part » mais c'est chacun sa responsabilité pleine et entière, solidaire.

Il est donc possible de considérer qu'il y va de la responsabilité morale de chacun de ne pas exposer autrui au risque de contamination par le VIH. La question qui se pose ensuite, c'est celle de savoir si l'on veut sanctionner une telle responsabilité. Les détracteurs d'une telle sanction mobilisent l'argument selon lequel la pénalisation de la transmission pourrait renforcer la stigmatisation des personnes séropositives. Il est donc probable que la sanction n'est acceptable qu'en échange de garanties, pour les personnes séropositives, qu'elles ne seront pas exposées par ce biais à une criminalisation sous-jacente. Mais réciproquement, la sanction de la responsabilité en matière de transmission pourrait avoir pour légitimité de constituer une garantie, pour la collectivité, de l'engagement des personnes séropositives dans l'effort commun de prévention, en tant qu'acteurs de santé publique incontournables.

CRIPS