

Le VIH/sida et

Prof Dr Dieter Kleiber, Université Libre de Berlin, Institut de prévention et de recherche psycho-sociale sur la santé, Habelschwerdter Allee 45, D-14195 Berlin e-mail kleiber@zedat.fu-berlin.de Site internet www.fu-berlin.de/ipg

Tournons-nous un instant en arrière, vers l'année 1983: une fois le rétrovirus identifié, on obtint la certitude que le VIH était une maladie infectieuse. Ainsi, les jalons étaient posés pour la mise au point du test de dépistage des anticorps anti-VIH, pour un diagnostic sûr, ainsi que pour des études épidémiologiques, des pronostics et leur diffusion dans les médias.

Les premiers pronostics et scénarios supposaient à l'époque une «évolution en cascade» de l'épidémie, au cours de laquelle différents groupes atteindraient l'un après l'autre leur «taux d'infection maximum» dans l'ordre suivant: consommatrices de drogue se prostituant, autres personnes consommant de la drogue, homosexuels masculins, prostituées non consommatrices de drogue, bisexuels masculins, clients de prostituées, hétérosexuels des deux sexes (Weyer, J., Schmidt, B. et Körner, B., 1988).

De ce fait, la majorité hétérosexuelle, qui n'était pas encore touchée, prit peur et se mit à développer des stratégies de protection contre les principaux groupes à risque. Koch, M.G., L'age Stehr, J., González, J.J. et Dörner, D. (1988) effrayèrent le public avec un modèle publié à des millions d'exemplaires et qui prévoyait, d'ici le milieu des années 90, 107 000 décès dus au sida rien que pour Berlin-ouest – «dans le cas (...) où tous les facteurs de risque resteraient les mêmes qu'en l'an un après l'apparition du sida». Un accélérateur important de l'épidémie était censé être – parmi d'autres groupes à risque – les prostituées, du fait de leur promiscuité sexuelle professionnelle. La peur que le sida passe des groupes principalement touchés à la population générale donna lieu à de nombreuses propositions de mesures discutables au niveau éthique ou même inhumaine: on réclama le dépistage obligatoire de l'ensemble de la population et la mise en quarantaine des personnes séropositives, et on appliqua la déclaration obligatoire, les interdictions de travailler et les examens obligatoires pour les prostituées. «C'est ainsi qu'en janvier 1986, 850 prostituées femmes et 20 prostitués hommes furent rassemblés à Munich en partie de force, examinés et que cinq d'entre eux reçurent une interdiction de travailler. On baissa le chauffage dans les toilettes publiques et installa un éclairage plus lumineux. Les saunas homosexuels furent démonter les portes des cabines de repos et il leur fut interdit de distribuer du gel lubrifiant – une mesure contre-productive puisque le risque de blessures et d'infection est nettement plus grand lorsque la pénétration anale est pratiquée sans gel (Frings, 2000). Dans un livre publié en 1988 en collaboration avec Kolodny, Masters et Johnson se demandent «que faire pour protéger le public des hommes et femmes séropositifs qui continuent à se

prostituer?» Il ne leur vint pas à l'idée que les clients des prostituées puissent se protéger.

La prostitution professionnelle

Eu égard à la promiscuité sexuelle et aux craintes en découlant que l'épidémie risque de se propager plus rapidement et le taux d'infection des hétérosexuels d'augmenter, personne ne contredit l'opinion selon laquelle les prostituées étaient un important groupe-cible pour la prévention du sida en Allemagne. Dans son rapport intermédiaire, la commission d'enquête sida instaurée en Allemagne déclarait comme évident «le fait que les prostitués des deux sexes sont exposés à un risque d'infection plus grand que le reste de la population» (Deutscher Bundestag, 1988, page 144). Cette supposition était bien sûre exacte eu égard à l'activité et à la promiscuité sexuelle professionnelle des prostituées, mais elle était très discutable si on tenait compte des chiffres connus sur le taux d'infection des prostituées: en effet, la prévalence du VIH parmi les prostituées professionnelles en Allemagne était et est toujours si basse que l'on ne peut pas dire que celles-ci soient un groupe particulièrement touché.

Très tôt, Hunsmann et al. (1986) ont examiné pour l'Allemagne le taux d'infection de 101 prostituées professionnelles dans une étude multicentres. Aucune des femmes n'était séropositive. La faible prévalence du VIH parmi les prostituées fut confirmée par une étude de prévalence de l'office de santé de Bavière du sud. 1139 femmes furent testées. Deux seulement (= 0,18%) étaient séropositives. En 1987, l'ampleur du problème était restée identique. Sur 444 prostituées, une seule (0,23%) était séropositive (voir Epp et al., 1987). Malheureusement, ces données ne font pas de distinction entre différents types de prostitution. On ne peut donc même pas dire si les femmes séropositives se sont infectées dans le cadre de la prostitution. Ceci est également valable d'une étude de Deinhardt (1985) qui indique une prévalence de 0,5% à 1,5% parmi les prostituées. A la suite d'une enquête effectuée par écrit auprès de 333 offices de santé dans lesquels environ 50 000 prostitués hommes et femmes étaient enregistrés, Heinz-Trossen (1991) dit que 90 de ces offices avaient des chiffres concernant le dépistage du VIH. Dans 18 de ces offices de santé, les prostituées devaient se soumettre régulièrement à un test de dépistage du VIH obligatoire au niveau régional. Au 15 mars 1990, 28 prostitués séropositifs (dont deux consommateurs de drogue) et 159 prostituées séropositives (dont 121 consommatrices de drogue) avaient été en contact avec les services de conseil des offices de santé. Là aussi, on voit que le taux de professionnelles séropositives parmi les prostituées est très

la prostitution

bas. Ceci se confirmait également au niveau international. Au contraire de ce que beaucoup supposaient, on s'aperçut dans plusieurs pays européens qu'il n'y avait pas de lien inévitable entre la prostitution et le VIH/sida. Dans une étude internationale multicentres, la prévalence du VIH parmi les prostituées ne consommant pas de drogue s'avéra être relativement basse. Sur 756 femmes testées dans neuf grandes villes européennes, 11 (1,5%) étaient séropositives (European Working Group on HIV Infection in Female Prostitutes, 1993). Pour l'Allemagne, Mielck (1992) a fait la même constatation: au niveau épidémiologique, les prostituées professionnelles ne font pas partie des groupes principalement touchés.

Le rôle des clients des prostituées

Des enquêtes et des études préliminaires ont montré qu'en effet, les prostituées et leurs clients n'utilisent pas un préservatif à chaque contact sexuel présentant un risque potentiel d'infection (voir Gersch et al. 1988). Mais en même temps, il serait inexact de considérer les prostituées comme seules responsables de ce fait. Le corps étant le seul capital dont une prostituée dispose, on a pu supposer que ce sont souvent les clients qui refusent le préservatif et exigent des rapports sexuels non protégés, en offrant éventuellement une somme d'argent plus élevée. Une compétence importante à acquérir pour une prostituée professionnelle consiste en des stratégies permettant de s'imposer face à de telles exigences. Pour améliorer les stratégies de prévention spécifiques aux groupes-cibles, on a cherché à savoir quels hommes sont clients de prostituées, et lesquels d'entre eux refusent le préservatif pour quelles raisons ou dans quelles circonstances. Dans une vaste étude soutenue par le ministère allemand de la santé, 598 clients de prostituées ont pu être interrogés, leurs caractéristiques sociales et psychologiques ainsi que leur comportement vis-à-vis du risque d'infection ont été décrits (Kleiber et Velten, 1994).

Les clients de prostituées se sont avérés être des hommes de tous âges (de 15 à 74 ans), de toutes situations familiales, de tous niveaux d'études, de professions et niveaux de revenus les plus divers. Pour ce qui est des caractéristiques sociales, l'hypothèse selon laquelle tout homme est un client de prostituée, c'est à dire qu'il n'y a pas de «client type» s'est tout d'abord justifiée. Cependant, certains aspects spécifiques sont apparus en comparaison avec la population masculine moyenne. Les plus jeunes (de 20 à 40 ans) étaient plus souvent clients que les autres (72%). Les célibataires (56%) et divorcés (10%) étaient sur-représentés. Seuls 34% étaient mariés. Le taux d'homme ayant quitté l'école à 16 ans était étonnamment bas (23%). 42% des clients interrogés avaient le bac et 34% un bac

technique. En comparaison: le taux d'hommes ayant suivi des études universitaires en Allemagne à la même époque était de 8% et 14% à Berlin-ouest. Mais 33% des clients venaient d'un milieu ayant un niveau d'étude supérieur au bac. Etre client de prostituées est vraisemblablement aussi une question d'argent.

Presque tous les hommes interrogés étaient clients réguliers. Ils avaient eu au cours de l'année passée en moyenne un contact avec une prostituée toutes les trois semaines et avec sept prostituées différentes en tout. Le taux «d'habitues» d'une prostituée était élevé. L'enquête représente un aperçu à travers les diverses scènes de prostitution, avec une légère sur-proportion de prostitution sur petites annonces et de prostitution de luxe.

Taux d'utilisation du préservatif

Sur l'ensemble de la période de contacts avec des prostituées (lifetime), 42% des clients (N=501) ont déclaré avoir toujours utilisé un préservatif pour



les rapports sexuels avec une prostituée. Au cours des 12 mois précédant l'enquête, 80% avaient régulièrement utilisé des préservatifs; 15% ont déclaré avoir utilisé des préservatifs de manière sporadique et 5% pas du tout. Les facteurs déterminants sont la situation du contact et les caractéristiques du client, mais aussi et surtout le type de relation que le client cherche à avoir avec une prostituée. Plus le côté privé est important et moins la prostitution est professionnelle, moins les préservatifs sont utilisés. C'est pourquoi il serait important de reconnaître la prostitution comme une profession, non seulement pour que les prostituées souffrent moins de discrimination, mais aussi pour améliorer la prévention du sida. Les caractéristiques sociales des hommes avaient également une influence importante sur le comportement préventif: les hommes mariés utilisaient plus rarement des préservatifs que les célibataires et les divorcés.

De plus, plus le revenu était élevé, moins l'homme utilisait de préservatifs. Les résultats de l'enquête soulignent à quel point la sexualité est quelque chose d'irrationnel, dans le cadre de la prostitution comme ailleurs. De nombreux clients recherchent intimité et proximité auprès d'une prostituée. Il faut tenir compte de ce fait pour développer des stratégies de prévention du sida efficaces. Au niveau psychologique, nous n'avons rencontré que peu de clients ayant tendance à s'imposer de manière agressive. Nous avons cependant pu constater que ceux qui avaient tendance à s'imposer dans la vie en général de manière agressive avaient également une propension à imposer à la prostituée le sexe sans préservatif.

Les clients réguliers utilisent moins de préservatifs que les clients occasionnels. Plus les contacts avec des prostituées étaient fréquents, plus les hommes avaient eu de contacts à risque. Notre hypothèse selon laquelle une intimité croissante entre le client et la prostituée fait augmenter la prise de risque s'est avérée exacte. Plus la relation était privée et plus elle durait, moins les préservatifs étaient utilisés. Dans une atmosphère connue et avec une femme qui éveille chez le client des sentiments romantiques, le nombre de rapports non protégés augmente.

Sur la base des données empiriques et des hypothèses de risques (fréquence des rapports avec des prostituées, nombre de contacts par an, nombre de rapports sexuels non protégés), des calculs types ont été effectués pour estimer la propagation future du VIH et du sida dans la population des prostituées et des clients. Ces calculs confirment que la prostitution professionnelle ne contribue actuellement pas de manière significative à la transmission du VIH/sida. On peut supposer sept nouvelles infections par an dues à des contacts dans le cadre de la prostitution pour l'ensemble de l'Allemagne. Pour la prostitution destinée à financer la consommation de drogue, environ 8% de l'ensemble de la prostitution à l'époque de l'enquête, la situation est tout autre. Sur une période de dix ans, le plus efficace pour la prévention serait de réduire le domaine de la prostitution destinée à financer la drogue. Pour les prostituées elles-mêmes, il serait plus pratique et prometteur de réduire le nombre de contacts à risque. Le professionnalisme des prostituées, une activité effectuée en responsabilité et avec une certaine indépendance (empowerment) sont des éléments clés pour pouvoir imposer un comportement préventif. L'amélioration du cadre juridique pour l'exercice de la prostitution, une réorientation des offices de santé vers un travail de proximité pour les groupes-cibles, l'abolition de la déclaration obligatoire, la réforme du droit pénal, l'abolition du délit d'atteinte aux bonnes mœurs



pour la prostitution et une sécurité pour les activités d'entre-aide des prostituées sont/seraient des mesures sensées et efficaces au niveau structurel, et qui auraient un important impact de prévention et de promotion de la santé. De plus, depuis l'ouverture des frontières, une modification des structures des scènes de prostitution se dessine (prostitution de migrantes, prostitution au-delà des frontières), ce qui rend nécessaires des mesures d'information et de soutien spécifiques sur lesquels je reviendrai plus loin.

La prostitution liée à la drogue et le VIH/sida

Le nombre de femmes qui se prostituent temporairement ou de manière durable en Allemagne ne peut qu'être grossièrement estimé. Ceci est tout particulièrement vrai de la prostitution pratiquée pour financer la consommation de drogue. De même que les prostituées occasionnelles, ces femmes n'ont en général pas d'identité de prostituée, elles évitent (doivent éviter) les institutions officielles et cherchent à demeurer dans l'anonymat. Une enquête effectuée par l'institut berlinois Intersofia (1991) a ainsi été très remarquée, puisqu'il s'agissait d'estimer de manière aussi précise que possible le nombre de prostituées actives en RFA (ancienne Allemagne de l'ouest). Dans ce but, tous les offices de santé des villes de plus de 50 000 habitants (N=148) ont été interrogés par écrit. Les données recueillies ont permis d'estimer le nombre de prostituées sur le territoire de l'ancienne Allemagne de l'ouest à au moins 50 000, dont 16% «font le trottoir» et 63,6% travaillent dans des bars, clubs et bordels. Le taux de femmes qui se prostituent pour financer leur consommation de drogue a été estimé à 8%, ce qui correspond à 4000 prostituées qui consomment de la drogue. Ces estimations d'Intersofia se confirment si on les compare à d'autres sources. Dans le cadre de l'étude épidémiologique sur la drogue «HIV-Needle-Sharing-Sex» (voir Kleiber, 1990) soutenue par le ministère allemand de la santé, le nombre d'usagers de drogues par voie intraveineuse en Allemagne a été estimé se situer entre 40 000 et 100 000 personnes, dont 20 à 30% de femmes. Une enquête auprès de plus de 2000 consommateurs de drogue a indiqué qu'environ 40% font au moins de temps en temps «le trottoir», ce qui reviendrait à 5000 à 8000 prostituées consommatrices de drogue dans l'ancienne Allemagne de l'ouest.

Une enquête effectuée en 1988/89 dans le cadre de l'étude sur la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogue (Needle-Sharing-Sex) mentionnée plus haut (Kleiber, 1990) a également donné des renseignements sur le taux d'utilisation des préservatifs par les hommes et femmes qui

pratiquent la prostitution pour financer leur consommation de drogue. 59% des femmes déclareraient toujours utiliser un préservatif avec leurs clients. Cependant, «au cours de l'année passée», 29% seulement des prostituées avaient toujours utilisé un préservatif. Parmi les hommes qui racolent, la situation était encore plus problématique. Sur 108 hommes interrogés, seulement un sur quatre utilisait toujours un préservatif. Plus d'un tiers déclarait ne jamais utiliser de préservatifs lorsqu'ils «racolaient» (contre 5,9% des femmes). Il est donc nécessaire d'améliorer le taux d'utilisation des préservatifs dans le cadre de la prostitution destinée à financer la consommation de drogue. Le fait que 30 à 40% des rapports sexuels qui ont lieu dans ce cadre se passent sans préservatif est un indice de la nécessité urgente de mesures d'éducation et de campagnes de prévention dans le domaine de la prostitution destinée à financer la consommation de drogue. Certes, les aides à quitter le monde de la drogue, la distribution de préservatifs et les mesures de soutien pour les prostituées (consommatrices de drogue) sont importantes, mais il serait également important de s'attacher à promouvoir un comportement préventif parmi les clients des prostituées. Ceci est également confirmé par les résultats plus récents de cette enquête (voir Pant et Kleiber, 1992, 1993).

Sur près de 2000 usagers de drogues par voies intraveineuse, 480 s'étaient déjà prostitués. Après la vente de drogue, la prostitution représentait au moins pour les femmes la deuxième source de revenus pour financer leur propre consommation de drogue, et bien souvent également celle de leur partenaire. Les prostituées consommatrices de drogue avaient en moyenne quatre clients par jour, avec des variations importantes (de 8 à 300 par mois). Environ 40% des femmes avaient eu au cours des six mois précédant l'enquête, non seulement des rapports sexuels avec des clients, mais aussi avec un partenaire stable, et 28% avaient aussi eu des rapports sexuels avec des partenaires occasionnels. Un tiers des femmes ont déclaré avoir pratiqué la pénétration anale avec des clients. «Plus d'un tiers des femmes ayant pratiqué la pénétration anale ou buccale a été obligée d'accepter des rapports non protégés, et un quart des femmes ayant pratiqué la pénétration vaginale. (...) Le fait qu'au moins un quart des prostituées consommatrices de drogue ont des rapports sexuels non protégés avec leurs clients ne serait pas aussi inquiétant si ce groupe n'était pas le plus touché par le VIH parmi l'ensemble des usagers de drogues» (Pant et Kleiber, 1992, page 45).

D'après les données dont nous disposons, environ une femme sur trois ou quatre qui pratique la prostitution pour financer sa consommation de

drogue est séropositive (parmi les hommes consommateurs de drogue qui «racolent», on peut supposer 20 à 25% de séropositifs). Si on tient compte du fait qu'au cours des six mois précédant l'enquête, 13% seulement des usagers de drogues sexuellement actifs ont toujours utilisé un préservatif pour les rapports sexuels privés, 70% par contre n'en ont jamais utilisé, et que pour les rapports privés occasionnels environ la moitié n'ont jamais utilisé de préservatif et seulement 21% en ont toujours utilisé un, on s'aperçoit que le risque d'infection est important en particulier lors de contacts privés des usagers de drogues (dont environ 50% ont lieu au sein de la scène de la drogue) (voir Pant et Kleiber, 1995).

Eu égard à l'anamnèse sexuelle, on s'aperçoit que l'expérience en prostitution et la définition sexuelle que les personnes interrogées ont d'elles-mêmes sont des caractéristiques décisives quant aux différences de taux d'infection par le VIH. Sur les femmes qui se prostituent pour financer leur consommation de drogue, plus d'une sur quatre (26,5%) est séropositive, c'est-à-dire environ le double du taux parmi les non-prostituées. Chez les consommateurs masculins de drogue, le taux d'infection par le VIH est également environ deux fois plus haut chez ceux qui «racolent» que chez les autres (31,9% contre 15,2%). Les différences sont également nettes au niveau de la prévalence lorsqu'on s'attache à la définition sexuelle que les personnes ont d'elles-mêmes (Kleiber et Pant, 1996).

34% des hommes qui se disent bisexuels ou homosexuels sont séropositifs, contre 14,8% de ceux qui se disent hétérosexuels. Étonnamment, il y a aussi chez les femmes un lien entre la définition sexuelle et le taux d'infection. 35,7% des femmes qui se définissent comme bisexuelles ou lesbiennes sont séropositives – deux fois plus que celles qui se définissent comme hétérosexuelles (voir résultats comparables chez Ross, Wodak, Gold et Miller, 1992).

Il semble cependant utile de chercher des éléments spécifiques aux sexes pour expliquer le lien entre l'orientation sexuelle et le taux d'infection par le VIH. Chez les consommateurs de drogue bisexuels et homosexuels, le risque de transmission du VIH est cumulé en raison des contacts homosexuels privés (non protégés) et du partage des seringues (van den Hoek, van Haastrecht et Coutinho, 1991). Par contre, les rapports sexuels entre femmes ne sont pas considérés comme un élément de risque de nature à justifier un tel taux d'infection.

On pourrait émettre l'hypothèse selon laquelle les consommatrices de drogue qui ne se définissent pas comme hétérosexuelles le font en raison d'expériences répétées de violence et d'agression

de la part d'hommes, en particulier dans le domaine sexuel (voir Vogt, 1989). Cette supposition est corroborée par le fait que 53% (10/19) des prostituées se définissant comme bisexuelles ou lesbiennes sont séropositives, alors que seules 26% des femmes bisexuelles ou homosexuelles qui ne pratiquent pas la prostitution le sont. Certes, de telles combinaisons reposent sur une base de données réduite, cependant, il semble bien que le rapport entre l'orientation sexuelle et l'infection par le VIH passe par l'expérience de la prostitution.

D'autre part, il faut également tenter d'expliquer le taux élevé d'infection parmi les prostituées, puisqu'au niveau épidémiologique, on ne peut pas partir du principe que les clients hétérosexuels de ces femmes sont contaminés à un point qui puisse expliquer ce taux.

Pant (2000) a décrit avec précision l'évolution de l'épidémie de VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse et a rassemblé les éléments épidémiologiques concernant les principaux facteurs de risque pour la propagation du VIH dans la scène de la drogue. L'élément le plus important statistiquement parlant était le partage des seringues, en particulier lors de séjours en prison. Le deuxième facteur de risque était la prostitution destinée à financer la consommation de drogue. Entre la moitié et les deux tiers des femmes consommatrices de drogue et un homme consommateur de drogue sur dix pratique au moins de temps en temps la prostitution. Dans deux enquêtes effectuées par Kleiber et Pant (1996) auprès de plus de 2000 consommateurs et consommatrices de drogues par voie intraveineuse, la prévalence du VIH parmi les prostituées en activité était d'environ 30%, c'est-à-dire deux à trois fois plus élevée que parmi les femmes ne se prostituant pas. Il n'y a pas d'indices épidémiologiques comme quoi elles auraient été contaminées par leurs clients hétérosexuels. De plus, les prostituées consommatrices de drogue utilisent plus de préservatifs que la moyenne. La caractéristique «activité de prostitution» semble être un élément de haute co-morbidité pour ce qui est des maladies vénériennes, de l'hépatite, d'un mode de vie néfaste au système immunitaire, d'un niveau élevé de stress au quotidien et d'un usage important de cocaïne, de barbituriques et de benzodiazépine. Cet ensemble de facteurs est de nature à affaiblir les défenses immunitaires et à rendre plus vulnérable à l'infection par le VIH (voir Pant, 2000, page 204).

Mais il est à noter que, parallèlement à l'affaiblissement de l'épidémie de VIH, les ressources réduites depuis le milieu des années 90 ont nuí aux efforts de prévention, en particulier à la gestion régulière du problème du VIH et des drogues. Ceci pourrait avoir des retombées négatives.

Ouverture des frontières: le revers de la médaille

L'ouverture des frontières a favorisé l'apparition de scènes de drogue et de prostitution dans les régions frontalières, ce qui est dû à la situation économique et parfois favorisé par des systèmes juridiques différents. Dans ces régions, un comportement à risque est souvent de règle. Des femmes recrutées, organisées et contrôlées par des convoyeurs et souteneurs offrent leurs services dans des conditions d'hygiène souvent catastrophiques. Bien souvent, elles doivent donner une bonne partie de leurs revenus à des souteneurs ou tenanciers de bordels. La pression économique les a poussées vers la prostitution, et elles se retrouvent sous la pression des souteneurs et convoyeurs. L'aide est rare. Ainsi, dans les régions frontalières, les femmes sont livrées aux exigences des souteneurs et des clients et donc à des actes de violence, vols et autres agressions, et peuvent beaucoup moins se défendre que dans des régions où elles travaillent sous leur propre responsabilité. La barrière de la langue est un obstacle supplémentaire. Les infrastructures sociales et médicales régionales et nationales ont été prises de court par ces problèmes nouveaux (voir Leopold et Steffan, 1997).

En réponse à ce problème, le «Umbrella Network» a été créé en 1996 avec le soutien financier de la Commission Européenne, du ministère allemand de la santé et des ministères des «Länder» concernés. Ce sont ainsi 12 projets internationaux qui ont été créés pour tenter de reconnaître et traiter les problèmes liés au VIH/sida et aux MST (prostitution, traite des femmes, tourisme de la prostitution, commerce de la drogue et tabous en résultant, conflits locaux et discriminations). La méthode choisie est d'accepter la situation et de s'adresser activement aux prostituées et clients dans leur langue. Des brochures d'information en plusieurs langues ont été publiées et des campagnes effectuées sans adopter une attitude négative vis-à-vis des prostituées et de leur activité. Il s'agit d'améliorer les connaissances, d'encourager la confiance et de promouvoir les contacts avec les prostituées. Dans le cadre de ces projets, des préservatifs et gels lubrifiants sont distribués afin que les prostituées soient en mesure d'adopter un comportement préventif. De plus, un travail de médiation et de modération est effectué pour améliorer les conditions de travail des prostituées qui, dans certaines régions, mettent leur santé en danger. Enfin, le «Umbrella Network» a pour but d'offrir des services médicaux gratuits et d'intégrer les clients aux efforts de prévention (voir Leopold et Steffan, 1997).

Les projets sont accompagnés et évalués par l'institut «SPI-Forschung GmbH». Celui-ci ras-



semble également les informations et les distribue. Son rapport intermédiaire est positif: «C'est la première fois que des informations sur la mobilité des prostituées ainsi que sur leurs caractéristiques sociales et de santé sont rassemblées et évaluées, et ce chaque année. Des expériences intéressantes sur le travail social actif dans ces scènes ainsi que sur le travail en équipes multi-nationales et la création de réseaux trans-frontaliers ont pu être rassemblées et mises à la disposition du public. Malheureusement, après la fin des financements pilotes (fin 2000), certains projets sont en danger.»

L'avenir

Aujourd'hui, nous en savons plus: les scénarios catastrophes ne se sont pas réalisés dans les pays industrialisés. Les données actuelles sur le VIH/sida (au 30 juin 2000) révèlent pour l'Allemagne, depuis 1982, un total de 18 700 cas de sida, dont 11 790 sont décédés. 88% de ces cas touchent des

hommes, 12% des femmes. Les contacts hétérosexuels, y compris dans le cadre de la prostitution, sont considérés dans 8% des cas (N=1496) comme la source de l'infection. 12% (N=2244) se sont contaminés dans le cadre de la consommation de drogues. Aujourd'hui encore, environ 2000 personnes s'infectent chaque année avec le VIH en Allemagne. La plupart des infections a lieu encore aujourd'hui dans le cadre de contacts homosexuels. Le taux d'infections dues à des contacts hétérosexuels augmente cependant peu à peu et est en ce moment d'environ 17%. Une part importante de ces infections a lieu avec un ou une partenaire originaire d'une région endémique. Ceci reflète le rôle du tourisme du sexe international, dont on peut estimer qu'il est cause d'environ 5% des nouvelles infections. Environ 20% des nouveaux cas d'infection concernent des patients originaires de régions endémiques.

En raison des nouvelles possibilités de traitement, le VIH/sida change de signification et passe d'une infection mortelle à une maladie chronique. Mais on ne sait pas encore dans quelle mesure le délai entre l'infection par le VIH et l'apparition de maladies définissant le sida peut être prolongé. Le nombre de nouveaux cas de sida s'est en tout cas réduit à environ 500 pour l'année passée. Au niveau qualitatif et quantitatif, l'évolution de l'épidémie est similaire en Belgique, aux Pays-Bas, au Danemark, en Grande-Bretagne et en Allemagne ainsi qu'en France et en Suisse, quoique à un plus haut niveau dans ces deux pays. En Italie, en Espagne et au Portugal, on observe une augmentation retardée mais plus rapide du nombre de cas de sida.

«Glück gehabt?» («Un coup de chance?») s'interroge le médecin Ulrich Marcus (2000) dans un livre très intéressant publié récemment et retraçant vingt ans de sida en Allemagne. La normalisation du VIH et du sida dans les pays industrialisés riches risque de faire apparaître le sida comme un problème «des autres» et de faire abandonner les efforts de prévention et la recherche en sciences sociales. Ainsi, en Allemagne, la recherche en sciences sociales sur le sida a pris fin il y a cinq ans. Actuellement, on ne dispose par exemple pas de données sur la prévalence du VIH parmi les usagers de drogues par voie intraveineuse, sur le comportement à risque des clients de prostituées, des homosexuels masculins, des jeunes et des adultes.

Il n'est pas improbable que la population ait tendance à se croire en sécurité et néglige la prévention. Il est alors possible que les personnes ne prennent plus les messages de prévention au sérieux ou qu'elles ne se sentent pas concernées. Si les multithérapies n'amènent pas la diminution escomptée de l'infectiosité des séropositifs ou si des

résistances apparaissent, il est probable que le nombre de nouvelles infections se remette à augmenter à moyenne échéance.

A l'heure actuelle, la prévention du VIH et du sida demeure donc une nécessité urgente. Il serait catastrophique de la négliger.

(Littérature chez l'auteur)

Traduction: Sophie Neuberg