

De l'inégalité d'usage des dispositifs de prévention ciblés du VIH entre exilés homosexuels

Unequal use of Targeted HIV Prevention Measures by Gay Refugees

Cyriac Bouchet-Mayer

Abstract

The discovery of the preventive function of HIV treatments some fifteen years ago has gradually revived population targeting strategies. Migrants and men who have sex with men (MSM) are among the populations among whom screening and access to treatment are being promoted in order to control the epidemic. Through a multi-site ethnography of a system designed for outreach to men seeking asylum on the grounds of sexual orientation, this article aims to study the diversity of uses made of the system and the meaning it has for users. Among other things, it enables us to study the perceptions of a scheme labelled 'LGBT+ migrant' by the people at whom it is targeted, and how these vary according to context and life trajectory. This analysis shows that usage depends to a large extent on the economic, educational, homosocial and preventive arrangements established in the country and the way in which these affect both migration routes and survival conditions during the asylum application process once in France.

Résumé

La découverte de la fonction préventive des traitements contre le VIH, il y a une quinzaine d'années, réactive peu à peu les stratégies de ciblage populationnel. Les personnes migrantes et les hommes ayant des relations sexuelles entre hommes (HSH) font partie des populations auprès desquelles le dépistage et l'accès aux traitements sont promus dans le but de maîtriser l'épidémie. Cet article repose sur l'ethnographie multisituée d'un dispositif destiné à « aller-vers » les hommes demandant l'asile au motif de l'orientation sexuelle. Il étudie, entre autres, les représentations d'un dispositif étiqueté « LGBT+ migrant » par les personnes à qui il s'adresse, ainsi que le poids des contextes et trajectoires de vie sur les usages du dispositif. Cette analyse montre que les usages dépendent en grande partie des dispositions économiques, scolaires, homosociales et préventives construites au pays et de la manière dont ces dernières agissent à la fois sur les parcours migratoires et les conditions de survie pendant la demande d'asile une fois en France.

Introduction

« Les personnes migrantes concentrent la moitié des nouvelles découvertes de séropositivité au VIH en France ». Dans un communiqué de presse paru le 29 novembre 2022, le Conseil national du sida (CNS) alerte sur les inégalités d'accès à la prévention contre le virus d'immunodéficience humaine (VIH) et sur l'effet des précarités résidentielles, économiques et administratives sur les risques d'infection. La pensée historique associant la surinfection au VIH des personnes migrantes aux prévalences importantes dans les pays d'origine est remise en cause par l'étude ANRS-Parcours qui révèle qu'entre un tiers et la moitié des personnes originaires d'Afrique subsaharienne vivant avec le VIH en France sont infectées après leur arrivée (Desgrées du Loû et Lert, 2017). À l'échelle de neuf pays européens, cette proportion est portée à 72 % des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) nés à l'étranger (Alvarez-Del Arco, 2017). Les résultats de la récente étude ANRS-Ganymede confirment une proportion supérieure d'infection post-migration chez les HSH nés à l'étranger vivant avec le VIH en Île-de-France. D'après les modélisations épidémiologiques, parmi les 25 000 à 30 000 personnes estimées vivre avec le VIH en France sans le savoir, 70 % seraient des hommes, dont 40 % auraient des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) et 40 % seraient des personnes migrantes principalement originaires d'Afrique subsaharienne (Simon et Billaud, 2017).

Dans le même temps, la « biomédicalisation de la prévention du VIH » (Perez, 2017 ; Girard, 2021 ; Bouchet-Mayer, 2023) et « l'idéal probabiliste » de l'Onusida¹ nourrissent l'espoir d'une maîtrise possible de l'épidémie (Gaissad, 2017). Les recommandations professionnelles (Morlat, 2013, 2018), institutionnelles (Lert et Pialoux, 2009), régionales (Plans régionaux de santé en Île-de-France 2018-2022 ; 2023-2028) ou municipales (Lert, 2016) s'accordent autour du triptyque : « dépister, traiter, indétectabiliser » (Perez 2017, p. 9). Sans cesse rediscuté depuis le début de l'épidémie dans une continuelle hésitation « entre l'attribution du risque à des groupes ou à des comportements » (Trachman *et al.*, 2018, p. 187), le ciblage des populations dites « clés de l'épidémie » – en tant que vivant potentiellement avec le VIH ou à risque d'être infectées – est réactivé « dans un marché du risque dans lequel c'est la possibilité de l'infection, et non la maladie qui devient l'objet de l'intervention » (Girard, 2016, p. 195).

Dans le contexte de « désétatisation » de l'intérêt général et de financement par projet (Hély, 2019) tous les acteurs de la lutte sont incités à prendre leur part dans l'atteinte des objectifs médico-épidémiologiques. Pour les acteurs de prévention associatifs, cela se matérialise entre autres par l'intégration du dépistage à leurs actions. Les centres de dépistage sont eux incités par les plans régionaux de santé successifs à « aller-vers » les populations définies comme

¹ La découverte du *Treatment as Prevention* (TasP) à la fin des années 2000 (Vernazza P. *et al.*, 2008) réorganise la prévention du VIH/Sida autour du dépistage et de l'accès aux soins. L'épidémie pourra être maîtrisée si 95 % des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut, 95 % d'entre elles sont sous traitement dont 95 % avec une charge virale indétectable (Onusida, 2014, 2021). À partir de 2016, la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH intègre l'arsenal préventif pour les personnes séronégatives à « haut risque d'infection par le VIH » (Morlat, 2018). « Soins et prévention sont désormais liés : le traitement devient prévention (TasP : Treatment as Prévention) et la prévention est (également) traitement (PrEP : prophylaxie pré-exposition) » (Perez, 2017, p. 9).

« exposées au risque d'infection par le VIH » et peu usagères de leurs services, dans « une posture d'intervention qui renverse la démarche d'accompagnement en proposant une aide sans attendre l'expression d'une demande » (Sempé et Siffert, 2022, p. 149).

Dans ce contexte, et parmi plusieurs initiatives, un dispositif partenarial hospitalo-associatif a été conçu en Île-de-France à partir de 2018 afin de promouvoir le dépistage et l'accès au traitement comme moyen de prévention (TasP) et à la prophylaxie pré-exposition (PrEP) à l'attention de personnes demandant l'asile au motif de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre (OSIG). Il réunit une association de prévention du VIH, un centre hospitalier de dépistage et une association militante du droit d'asile pour les personnes lesbienne, gay, bi, trans et autres minorités sexuelles et de genre (LGBT+). Des actions de dépistage hebdomadaires, dédiées aux personnes suivies par l'association LGBT+, ont lieu au sein du centre de dépistage hospitalier. Les usagers de ces actions consultent un médecin qui leur prescrit un dépistage complet des infections sexuellement transmissibles (IST) et peuvent être orientés dans le système de soins par les acteurs de prévention associatifs qui les accueillent. Ils sont invités à revenir au même endroit la semaine suivante pour récupérer leurs résultats d'analyses. Ces actions de dépistage dédiées au sein de l'hôpital sont promues lors d'événements de convivialité organisés par l'association LGBT+ partenaire, au cours desquels sont également organisées des actions de dépistage « hors les murs », c'est-à-dire directement sur place. Enfin, en parallèle du dépistage, des ateliers de prévention sous forme de groupes de parole sont organisés dans les locaux de l'association de prévention.

Ces allers-retours entre « dans » et « hors » les murs s'inscrivent dans une double logique. La première est celle de l'autonomisation. Elle a également été identifiée par des auteurs s'intéressant à « l'aller-vers » dans d'autres contextes (Ravon *et al.*, 2000 ; Chambon, 2018). Les promoteurs du dispositif expliquent ainsi vouloir « ramener vers » ou – selon l'expression utilisée par les acteurs – « montrer le chemin », sous-entendu du droit commun et des bonnes pratiques préventives, et favoriser ainsi la responsabilisation et l'autonomie dans le contrôle de son risque infectieux. L'autre logique relève d'une volonté de dépasser les craintes de discriminations homophobes, racistes ou administratives *a priori* inspirées par l'institution médicale et que les promoteurs du dispositif identifient comme les causes principales du recours jugé insuffisant à l'offre préventive préexistante. Cela passe par la valorisation de son étiquetage « LGBT+ migrant » et associatif.

Le dispositif est ainsi pensé pour répondre aux besoins spécifiques d'une population donnée, comme c'est le cas de plusieurs initiatives liées à la prévention du VIH mais aussi à la prise en charge en santé mentale par exemple (Lahya et Arapian, 2022 ; Einhorn *et al.*, 2018). La rationalisation de tels dispositifs est souvent analysée sans pour autant faire de leur réception par les personnes auxquelles ils s'adressent un axe central d'analyse. C'est dans cette seconde perspective qu'entend s'inscrire la présente contribution en étant attentive à l'hétérogénéité de la population « ciblée » et aux effets des trajectoires et contextes immédiats de vie sur les enjeux différenciés que recouvre le recours au dispositif.

Cette contribution s'appuie sur une enquête ethnographique multisituée menée en Île-de-France entre 2018 et 2023 dans le cadre d'une thèse de sociologie portant sur les usages du dépistage et de la prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH par des hommes francophones originaires d'Afrique de l'Ouest demandant l'asile en France au motif de l'orientation sexuelle.

Des observations participantes en tant que salarié (vingt mois) puis membre du conseil d'administration (quarante mois) de l'association de santé publique coordonnant le dispositif de prévention, puis en tant que bénévole de l'association LGBT+ spécialisée du droit d'asile (vingt-quatre mois) partenaire, ont permis de documenter les logiques d'action et de catégorisation de cette population par les institutions sanitaires et de l'asile. Ces associations dans lesquelles j'étais pleinement engagé pour saisir leurs activités et fonctionnements au plus près, étaient informées de mon statut de doctorant. Les observations ont été consignées tout au long de l'enquête sur un journal de bord *a posteriori*.

Les effets de ces catégorisations institutionnelles sur les destins et expériences sociales des enquêtés ont ensuite été étudiés en nouant des relations prolongées de soutien, de conseil et d'amitié en marge des institutions (Bruneteaux, 2018) avec seize hommes cisgenres francophones originaires d'Afrique de l'Ouest. Ces derniers étaient âgés de 25 à 55 ans, et présentaient une grande variété de dispositions sociales, éducatives et économiques, de trajectoires migratoires, de situations administratives, économiques et résidentielles en France ou encore en termes d'identification ou de pratiques sexuelles ou genrées. Les relations d'amitié construites avec deux enquêtés au départ ont ensuite permis le recrutement des autres par effet boule de neige, à la recherche de la plus grande diversité possible de trajectoires de vie, avec comme référence les morceaux d'expérience de vie livrés par la centaine de personnes reçues lors des permanences d'accueil de l'association LGBT+ en tant que bénévole associatif. Ce mode de recrutement a également permis de bénéficier d'un transfert de confiance (Bouchet-Mayer, 2023) contribuant à limiter les résistances et les craintes suscitées par les dissymétries relationnelles avec un universitaire français blanc de 25 à 30 ans, et de gagner peu à peu la confiance par le soutien, les conseils apportés ainsi que les amitiés nouées au long cours.

Des entretiens formels de type récits de vie de deux à six heures, précédés d'un recueil de consentement, ont été répétés deux à dix fois avec chaque enquêté tout au long de leurs procédures de demande d'asile. Des échanges plus informels par téléphone ou en direct visant à apporter des précisions ou demander conseils sur des situations rencontrées ont été consignés dans un journal de bord en parallèle. Une analyse de contenu suivant les principes de « théorie ancrée » (Glaser and Strauss, 1967) était ensuite appliquée aux données recueillies.

Cet article propose premièrement d'étudier les usages du dispositif « détournés » de ses missions principales de dépistage et d'accès aux soins, en portant attention aux ressources que les demandeurs d'asile viennent y chercher. Il analysera ensuite les effets produits par l'étiquetage « LGBT+ migrant » du dispositif, tout en les inscrivant dans les trajectoires et contextes de vie des enquêtés. Ces développements permettront de pointer l'hétérogénéité de la population ciblée et d'analyser la construction sociale des inégalités d'accès au dispositif.

1. Détourner les usages, recourir au dispositif en quête de ressources

Les observations et entretiens réalisés au cours de l'enquête permettent d'identifier que l'accès au dépistage et aux soins n'est pas le seul élément motivant le recours au dispositif. Les logiques de recours sont plurielles et les enquêtés viennent y chercher des ressources qui dépassent largement les missions du dispositif.

1.1. Accéder au système de santé

Les décalages avec l'offre de santé proposée s'observent notamment dans les rappels à l'ordre réguliers des acteurs de prévention salariés par la direction et de la présidence de l'association de santé publique. C'est ce dont témoigne cet extrait de journal de terrain, recueilli en 2021 en tant que membre du conseil d'administration de l'association de santé publique :

« Lors d'une réunion du conseil d'administration, le président et la directrice de l'association de santé publique font part d'une inquiétude. Suite à mon départ [en tant que salarié], le responsable des actions de dépistage a prolongé les orientations dans le système de soins par des accompagnements physiques relativement chronophages qu'il estime essentiels. Dans le même temps, il se dit épuisé par le travail qu'il réalise. La présidence et la direction craignent qu'il ne consacre trop d'énergie et de temps à cette activité d'accompagnement non financée au détriment de celles qui le sont (liées au nombre de personnes dépistées), et que les bilans ne s'en trouvent affectés, au risque de dégrader la confiance des financeurs. Lorsque le sujet est abordé avec lui, il invoque une distance trop importante de la présidence et de la direction à l'égard du terrain pour comprendre, et se réfère à l'explicitation des situations individuelles de personnes qu'il accompagne pour justifier qu'il ne peut pas faire comme si de rien était. Tout en ayant toutes les difficultés du monde à ne pas abonder dans son sens, la présidence et la direction restent pris par le pragmatisme d'une rationalité économique et gestionnaire visant à maintenir le nombre d'actions et à assurer la préservation de la santé mentale des salariés. Ils l'invitent donc à se limiter aux orientations et à éviter de trop se détourner de ce qui fait "l'ADN" de l'association, à savoir le dépistage ».

Le salarié comme la direction et la présidence se trouvent pris en étau entre, d'une part, la poursuite d'indicateurs médico-épidémiologiques attestant de leur contribution à la prévention de VIH et justifiant leur soutien institutionnel et financier et, d'autre part, les besoins de santé exprimés par les personnes rencontrées dans le dispositif qui dépassent largement ce cadre. L'attention portée aux personnes migrantes dans le cadre de la prévention du VIH fait figure d'anomalie dans le domaine de la santé qui n'échappe pas aux effets des politiques anti-migratoires à l'œuvre marquées par la dégradation des conditions d'accueil (Slama, 2018 ; Méisini et Bonis, 2021) et mues par une logique de « découragement », comme en témoignent les récents débats autour de la suppression de l'aide médicale d'État (AME) sur fond de lutte contre le « tourisme médical » (Gabarro, 2012 ; Geeraert, 2016). Aussi, trouvant une porte

ouverte sur le système de santé en tant qu'agents potentiellement contaminants, une partie des usagers tente d'aborder d'autres problèmes de santé qui les préoccupent plus directement et urgemment. Ces éléments relèvent d'une phase d'ajustement des subjectivités entre institutions de santé publique et demandeurs d'asile, révélant l'ambivalence (Caillé, 2006) de la valeur et la réalité du don et du contre-don. Du côté des acteurs de santé publique le dispositif en lui-même est perçu comme un don, en réponse à un besoin de *care* rationalisé épidémiologiquement. De l'autre, une partie des usagers construisent leur recours au dispositif comme symbole de conformation à une incitation institutionnelle à un moment où la prévention des IST n'apparaît que rarement comme une préoccupation prioritaire. Aussi, alors que le recours au dépistage est construit comme un don à une préoccupation immédiate de l'institution, un contre-don de valeur équitable pour pérenniser l'interaction résiderait dans une aide apportée répondant aux préoccupations immédiates des usagers, dont l'accès aux soins de santé fait partie, entre autres choses.

1.2. Travailler à son intégration, anticiper la suite

Ces tendances à recourir au dispositif à d'autres fins que la prévention des IST, s'observent également lors d'une causerie en santé sexuelle organisée en juin 2019 à laquelle ne sont présentes que cinq personnes qui ont déjà participé à la précédente. En lieu et place de l'atelier de prévention s'improvise un groupe de discussion autour de la procédure de demande d'asile et du dispositif. Paul, reconnu réfugié quelques mois auparavant, livre son analyse :

« Je vais te dire moi... les demandeurs d'asile, leur souci, c'est leur statut... C'est vrai, bon, il y a la santé et tout, mais le vrai problème en France c'est le statut. [...] Mais au-delà de ça, il y a des gens qui ne réalisent pas l'importance des choses... Parce qu'il y a après mon statut, qu'est-ce que je vais faire ? [...] Tu vas parler ton Bambara, tu vas toujours être en intérim, intérim, intérim quand tu vas sortir d'ici... Même tu vas passer à la naturalisation, tu ne seras jamais naturalisé parce qu'on va te demander de parler. C'est pour ça que tout ce que l'on fait en France ici, c'est de l'intégration putain ! [...] Mais si tu t'en vas à l'Ofpra, aussi, tu vas dire quoi ? Parce que c'est une question que l'Ofpra pose toujours. Comment tu as connu [l'association LGBT+ militante du droit d'asile] ou comment tu as su qu'il y avait l'asile gay ? Parce qu'un vrai gay, si tu es vraiment caché, tu ne vas jamais savoir qu'ici il y a une association [LGBT+ militante du droit d'asile] parce que ta vie reste au placard, tu te caches. Et tu ne vas pas savoir aussi qu'il y a l'asile gay, si on ne t'a pas dit... [...] quand tu es dans un groupe, tu appartiens à un groupe. [...] C'est pour ça que quand on parle du statut de Genève, on parle d'appartenance à un groupe. Le Blanc, même, il ne peut pas comprendre que tu appartiens à un groupe et puis tu n'as aucune information de ce groupe-là... ».

Avec l'assentiment des demandeurs d'asile présents, manifesté par hochements de têtes, Paul évoque la place secondaire occupée par la santé pendant la procédure. Dans le reste des échanges, l'absence de manifestation symptomatique concrète de la plupart des IST leur confère un caractère abstrait par rapport à d'autres problématiques de santé susceptibles d'impacter les capacités d'action des individus, dans un contexte où l'obtention du statut de réfugié et la survie

occupent toutes les têtes. Assez rapidement, Paul apporte de la nuance à cette équation en soulignant l'importance de recourir au dépistage, non pas uniquement pour préserver sa santé au long terme mais comme vecteur d'intégration.

Le dispositif de dépistage apparaît à ses yeux comme un espace d'interaction favorisant les apprentissages linguistiques mais aussi l'acquisition de connaissances qui peuvent relever de savoirs en santé sexuelle ré-investissables pour soi ou dans une perspective de professionnalisation une fois le statut obtenu. Le dépistage est également présenté comme une pratique courante de la communauté LGBT+ et un symbole d'acquisition des normes du groupe (Trachman et Girard, 2018). De même, les préoccupations liées à la procédure interviennent peu à peu et le recours à un dispositif étiqueté « LGBT+ » est présenté comme une composante du « métier » de demandeur d'asile, agissant comme un « curriculum caché » (Perrenoud, 1990) dans un contexte où le doute plane concernant l'effectivité de l'orientation sexuelle des requérants.

1.3. Administrer la preuve de son homosexualité

Cette appréhension du dispositif de dépistage comme outil de persuasion des officiers et juges de l'asile dans le cadre de la procédure est identifiable à plusieurs niveaux et très présente tout au long de l'enquête. Ses premières manifestations n'étaient toutefois pas repérables depuis la position d'acteur de prévention que j'occupais en début d'enquête, lorsque des attestations de participation au dépistage ou aux ateliers de prévention étaient sollicitées. Ce n'est qu'en devenant bénévole de l'association LGBT+ militante du droit d'asile que j'identifiais la place que peut occuper tout document écrit ou photographique attestant de la fréquentation d'un espace étiqueté LGBT+ dans « l'administration de la preuve » (d'Halluin-Mabillot, 2012 ; Backouche et Naepels, 2009). De la même manière que Florent Chossière (2022) décrit en introduction de sa thèse les nombreuses photos prises par les demandeurs d'asile participant à la marche des fiertés afin d'attester de leur participation à l'évènement dans le cadre de la procédure, le recours au dispositif de prévention est photo-documenté. Il s'agit de renforcer les faisceaux d'indices capables de peser sur l'intime conviction des juges de l'asile concernant l'effectivité de l'orientation sexuelle revendiquée.

Aussi, lors d'un entretien dans un café, Samba me présente une à une la cinquantaine de photos imprimées qu'il a utilisées en appui à son audition à la Cour nationale du droit d'asile (CNDA) le matin même. Il apparaît sur chacune d'elles avec des amis, souvent aux côtés de bénévoles de l'association LGBT+ dont il me fait remarquer la présence. Comme pour attester de son intégration dans l'association il les nomme et explique fièrement être reconnu par plus de 50 % des bénévoles. Les photos comprennent aussi souvent un élément tel qu'un drapeau ou une banderole associative suggérant l'étiquetage LGBT+ du lieu où elles ont été prises. Reconnaisant les locaux de l'association de santé publique ou de l'hôpital en fond de certaines d'entre elles, j'en profite pour orienter l'échange sur le sujet. Il m'explique avoir eu recours au dépistage tous les trois à six mois. Surpris par cette fréquence importante je lui demande s'il a plusieurs partenaires. L'air étonné, il me rappelle qu'il a un partenaire, puis sa fidélité ainsi que sa confiance dans celle de son partenaire, puis que leurs rapports sont protégés par un

Bouchet-Mayer, C. (2024). De l'inégalité d'usage des dispositifs de prévention ciblés du VIH entre exilés homosexuels. *Revue française des affaires sociales*, N° 243(3), 155-170.

<https://doi.org/10.3917/rfas.243.0155>.

préservatif. Alors que j'en viens à interroger la fréquence de ses dépistages plus explicitement, il m'explique que le dépistage est recommandé tous les trois à six mois pour les gays en France². Il construit son recours comme une preuve d'appartenance au groupe, qui lui permet aussi d'échanger avec les « relais santé »³.

Si plusieurs motifs de recours peuvent coexister, ces développements donnent un aperçu de leur complexité et de leur entrelacement. Le recours au dispositif n'implique pas forcément l'adhésion à la rationalité médico-épidémiologique, ni même l'acquisition de techniques ou d'habitudes préventives autonomes qui sont les vertus souvent associées à l'aller-vers (Chambon, 2018). De plus, si l'étiquetage « LGBT+ migrant » est mobilisé stratégiquement comme une ressource par certains enquêtés dans le contexte de l'asile, il n'a pas forcément l'effet rassurant recherché par les acteurs de prévention.

2. De l'inégalité des dispositions dans l'accès à un dispositif étiqueté LGBT+

Si l'étiquetage « LGBT+ migrant » favorise l'accès au dépistage d'une partie des enquêtés, cette seconde partie interrogera la diversité des effets qu'il produit en fonction des contextes et trajectoires de vie propres à chaque enquêté.

2.1. La fonction repoussoir de l'étiquetage « LGBT+ migrant »

L'étiquetage « LGBT+ migrant » du dispositif vise à circonscrire les usagers aux seules personnes concernées tout en levant certaines craintes supposées de discriminations dans l'institution médicale. Cet étiquetage passe par la promotion du dépistage dans le cadre d'événements associatifs destinés aux personnes demandant l'asile au motif de l'OSIG, notamment par la distribution de flyers indiquant leur caractère anonyme et gratuit ou encore avec en arrière-plan des images de couples homosexuels de couleur. Les ateliers de prévention animés par les relais santé sont également promus par ces derniers dans le même cadre.

Lors des premiers ateliers de prévention auxquels j'assiste comme acteur de prévention du VIH en appui aux relais santés, je constate qu'ils illustrent leurs propos par des situations mettant systématiquement en scène des couples cisgenres hétérosexuels. Cet extrait d'entretien avec l'un d'eux quelques semaines plus tard restitue les explications livrées à l'issue de l'atelier après leur avoir fait part de mon étonnement :

« En fait, le petit problème qu'il y a des fois, lors des causeries, c'est des gens qui ne se connaissent pas et qui doutent des orientations [sexuelles] des autres en fait [...] Moi, une fois, j'ai fait venir beaucoup de mes amis... mais quand ils sont venus après, dès qu'on est là, ils sont en train de se méfier. Donc

² Le rapport Morlat (2018) recommande un « dépistage au minimum une fois par an chez les HSH, et rapproché tous les trois mois chez ceux à haut risque d'exposition et dans les régions les plus affectées ».

³ Les relais santés sont des demandeurs d'asile impliqués contre dédommagement pour promouvoir le dépistage auprès de leurs pairs et animer des ateliers de prévention.

c'est ça qui fait qu'il y a beaucoup de soucis du côté de l'incertitude pour savoir si l'autre est gay ou pas... ».

La « logique du soupçon » (d'Halluin-Mabillot, 2012 ; Fassin et Kobelinsky, 2012) n'organise pas uniquement les interactions entre les institutions de l'asile et leurs usagers, mais infuse aussi les relations entre requérants du statut de réfugié. Les demandeurs d'asile craignent ainsi que des personnes non homosexuelles « infiltrées » révèlent leur orientation sexuelle à l'extérieur, dans d'autres univers sociaux, notamment migrants et diasporiques dans lesquels des ressources nécessaires à la survie sont obtenues et où l'homosexualité est le plus souvent dissimulée (Chossière, 2022 ; Bouchet-Mayer, 2023 ; Stella, 2023).

Cette crainte de rupture des délimitations soigneusement établies entre différents mondes sociaux en termes d'affichage ou de dissimulation de l'orientation sexuelle rappelle celle vécue au pays et continue de hanter la fréquentation des espaces étiquetés LGBT+ une fois en France. Plusieurs enquêtés font part de craintes similaires lorsqu'ils fréquentent l'association LGBT+ partenaire, comme l'explique Aliou⁴ :

« Hier, je suis parti à l'association [LGBT+ militante du droit d'asile] pour faire la traduction pour quelqu'un qui ne parle pas très bien le français. Mais j'étais énervé parce que je savais... je sentais que... je doutais de son homosexualité ! [...] En fait, le problème est que... un hétéro [du pays], il est toujours... enfin il est le plus souvent homophobe en fait. Il n'accepte pas... même s'il n'est pas agressif et tout, il va te discriminer à sa manière. Religieusement, culturellement, ou bien il va te regarder d'un œil... Ou bien en parler publiquement, faire ton coming out à tout le monde, et même ceux qui ne devaient pas savoir vont savoir ».

On repère à nouveau ici la suspicion présente chez les usagers concernant l'orientation sexuelle des personnes rencontrées dans les espaces LGBT+ et la crainte que la leur ne s'ébruite en France et même jusqu'au pays d'origine par l'intermédiaire des réseaux transnationaux (Chossière, 2022). Ces situations, confirmées par de nombreuses observations, mettent d'une part en lumière la tendance des enquêtés à dissimuler leur orientation sexuelle – *a minima* pendant la période d'incertitude administrative qui caractérise la demande d'asile – et d'autre part le fait que plane sur la fréquentation d'espaces étiquetés LGBT+ le risque de la révélation de l'orientation sexuelle dans des mondes sociaux non LGBT+. La méthode de ciblage populationnel et l'approche communautaire visant à marquer l'identité gay (Girard, 2016 ; Trachman et Girard, 2018) pour indiquer les efforts d'ajustement aux besoins spécifiques de ces populations dans une logique de contournement des craintes supposées, peuvent ainsi produire l'effet inverse à celui recherché. Or, cette tendance à la dissimulation de l'OSIG pendant la procédure et l'intensité de la crainte réactivée par la fréquentation d'espaces LGBT+ varient entre les enquêtés en fonction de leurs trajectoires et contextes immédiats de vie.

⁴ Par soucis d'anonymisation tous les noms qui apparaissent dans cet article ont été modifiés.

2.2. De l'inégalité des craintes en fonction des contextes et trajectoires

Le rapport entretenu aux communautés migrantes et diasporiques pèse fortement sur le niveau d'aisance à investir les espaces LGBT+. Les enquêtés qui présentent les niveaux les plus importants de dépendance vis-à-vis des communautés migrantes et diasporiques expriment d'autant plus d'anxiété à l'idée de fréquenter des espaces étiquetés LGBT+. Il s'agit souvent des personnes dont les conditions matérielles d'accueil (CMA) sont les plus dégradées⁵ et qui ne disposent pas de soutiens matériels ou résidentiels de personnes LGBT+ ou LGBT+ *friendly*. Ces derniers s'inscrivent davantage dans les communautés migrantes ou diasporiques pour accéder à un travail non déclaré ou illégalement occupé et à des solutions d'hébergement en échange de contreparties financières ou ménagères. Au-delà du temps qu'occupent quotidiennement la recherche et l'entretien de ces solutions alternatives – ce qui peut être un frein pour recourir au dispositif – les enquêtés concernés expriment davantage de craintes quant aux conséquences potentielles de la révélation de leur orientation sexuelle.

La variation des contextes matériels et résidentiels dépend fortement des trajectoires de vie des enquêtés. Par exemple, les enquêtés entrés dans l'espace Schengen par un autre pays que la France sont exposés au règlement Dublin⁶ et à la dégradation des CMA, ce qui favorise leur inscription dans les communautés migrantes et diasporiques pour survivre. Cette catégorisation administrative contraignante concerne majoritairement les personnes qui ont migré par voie terrestre et maritime, ou par voie aérienne indirecte.

Or, les entretiens révèlent que les conditions de migration dépendent en grande partie des dispositions construites au pays. Les mieux dotés en ressources économiques et scolaires identifient plus aisément les subtilités des procédures d'attribution du visa en évitant par exemple de présenter le voyage comme des vacances ayant vocation à « voir après comment m'installer » comme l'a naïvement fait Omran. Ces ressources favorisent également la capacité à prendre en charge les frais afférents au visa et au billet, à faire valoir une formation universitaire ou professionnelle, des réseaux familiaux ou amicaux en France auxquels rendre visite pour justifier l'obtention d'un visa.

Le type de migration dépend également de l'étendue des réseaux de sociabilité LGBT+ au pays. Suite à la révélation publique de l'homosexualité, les enquêtés qui disposent de tels réseaux de sociabilité y trouvent souvent des hébergements solidaires ainsi qu'un soutien pour préparer le départ. Il peut s'agir de soutiens d'ordre financier, d'une aide dans les démarches administratives ou du partage de connaissances au niveau local ou dans le pays de destination

⁵ L'initiation d'une demande d'asile est censée ouvrir droit à un logement et une allocation pour demandeur d'asile de 6,80euros/jour (204 euros sur 30 jours) portée à 14,20euros/jour (426euros/mois) en l'absence d'hébergement (plus d'1/3 des cas). L'accès aux CMA suppose cependant que la demande d'asile soit engagée dans les trois mois après l'arrivée en France, que la France soit le premier pays d'entrée dans l'espace Schengen ou encore que la personne ne déclare pas être déjà hébergée par un proche. Dans tous ces cas, l'accès aux CMA est réduit, voir totalement retiré.

⁶ Le règlement européen dit « Dublin » prévoit que le premier pays d'entrée dans l'espace Schengen soit responsable de l'instruction de la demande d'asile. Pour contourner cette règle, les personnes concernées doivent attester d'un maintien (de fait illégal) de plus de 18 mois sur le territoire français et ne se voient pas attribuer les CMA à la reprise de leur procédure.

susceptibles de faciliter le départ par voie aérienne légale. À l'inverse, les enquêtés qui ne disposent pas de tels réseaux de sociabilité sont plongés dans une gestion solitaire du départ suite aux réactions violentes de l'entourage. Ils engagent plus souvent une migration par voie terrestre et maritime renforçant leurs dispositions à la dissimulation de l'orientation sexuelle afin d'entretenir une solidarité diasporique ou ethnique utile à l'avancée dans le parcours.

Une fois en France, les réseaux de sociabilité LGBT+ ou LGBT+ *friendly* prodiguent souvent un accueil à l'arrivée. Ils aident à la découverte des espaces LGBT+, à l'identification rapide de l'OSIG comme motif légitime de demande d'asile et orientent vers les associations spécialisées. Ces éléments favorisent le respect des délais entre l'arrivée en France et le dépôt de la demande d'asile et préparent aux interactions avec l'Office français d'immigration et d'intégration (OFII), accroissant ainsi les chances de disposer de l'ensemble des CMA et d'être en mesure de réduire le niveau de dépendance à l'égard des communautés migrantes et diasporiques.

La fréquentation des espaces de socialisation LGBT+ au pays produit également des effets de socialisation aux codes sociaux de drague, à la mise en récit de soi au prisme de l'orientation sexuelle, au passage entre des mondes sociaux aux normes sexuelles et de genre contradictoires, ré-investissables une fois en France. Enfin, le niveau de sociabilité LGBT+ au pays est un marqueur distinguant les enquêtés les plus sensibilisés à la santé sexuelle, tant les mobilisations communautaires et contre le VIH sont liées dans les pays d'origine (Broqua, 2012 ; Gallardo, 2020).

La manière dont les contextes de vie et trajectoires de vie influencent les enjeux du recours et du non-recours aux espaces étiquetés LGBT+ et les dispositions à la prévention, laisse à penser que l'étiquetage du dispositif et un recrutement centré sur les associations LGBT+ d'accompagnement à l'asile favorisent le recours des mieux dotés en ressources économiques, scolaires, homosociales⁷ et préventives, et complique celui de ceux qui le sont le moins.

⁷ Les dispositions homosociales désignent ici le résultat des socialisations gays ou plus largement LGBT+.

Conclusion

Cet article met d'abord en évidence les différentes ressources que les enquêtés tirent du dispositif de prévention. Il permet par exemple d'accéder à une offre de santé plus large, ou encore de faire valoir la fréquentation d'espaces étiquetés LGBT+ pour crédibiliser son orientation sexuelle dans le cadre de l'asile. Cet étiquetage LGBT+ se révèle cependant être à double tranchant puisqu'il active aussi des craintes de dévoilement de l'OSIG dans des espaces où elle est habituellement dissimulée. Ces craintes sont accrues chez les personnes les plus intégrées aux communautés migrantes et diasporiques, souvent aussi les moins affiliées aux mondes LGBT+, identifiant aussi souvent moins bien l'intérêt lié à la procédure, faisant doublement pencher la balance du côté du non-recours. La suite du développement révèle la manière dont les ressources scolaires, économiques et homosociales construites dans le pays d'origine pèsent sur le parcours de migration, les catégorisations administratives et les conditions d'accueil à l'arrivée en France, ainsi que sur l'inscription individuelle plutôt du côté des communautés migrantes et diasporiques ou LGBT+.

Cette approche attentive à l'hétérogénéité intrapopulationnelle et aux effets des trajectoires permet d'étudier la construction d'inégalités d'accès au dispositif. Elle conduit à interroger les modalités d'évaluation de ces dispositifs par le dénombrement des usagers apparentés aux populations *a priori* considérées comme « exposées » au risque d'infection par le VIH, sans tenir compte de l'hétérogénéité de ces dernières. Aussi, les personnes les moins impliquées dans les réseaux LGBT+, en France comme au pays, se voient moins proposer le dépistage et sont moins sensibilisées. Si ces résultats incitent à affiner l'évaluation des dispositifs de ciblage populationnels, ils donnent aussi quelques pistes pour l'action et encouragent à diversifier les modalités d'intervention pour espérer élargir la part des personnes dépistées.

L'une d'elles consiste, comme l'a fait la clinique Mauve à Montréal et les acteurs du dispositif étudié, à étendre l'offre sociosanitaire pour que l'affichage que suppose le recours au dispositif soit compensé par l'apport de solutions aux vulnérabilités sociales et sanitaires multiples. Dans le contexte politique Français contraignant en matière de migration, ces initiatives sont difficilement réalisables et supposent le plus souvent un engagement bénévole. Une autre option envisageable, en restant focalisé sur la prévention du VIH, consiste à augmenter le dépistage et la prévention à l'attention des populations migrantes sans distinction de sexualité pour toucher parmi elles les personnes LGBT+ au « placard ». Enfin, il est possible de développer la prévention entre les partenaires sexuels et l'auto-prélèvement jugé efficace dans l'étude MémoDépistage, en incitant la diffusion de Kits de dépistage de partenaires en partenaires, ce qui soulève d'ailleurs des questions sur le contexte de délivrance ou encore les partenaires sexuels auxquels le kit est effectivement distribué.

Bouchet-Mayer, C. (2024). De l'inégalité d'usage des dispositifs de prévention ciblés du VIH entre exilés homosexuels. *Revue française des affaires sociales*, N° 243(3), 155-170.
<https://doi.org/10.3917/rfas.243.0155>.

Références bibliographiques

- Alvarez-Del Arco D., Fakoya I., Thomadakis C. et al. (2017)**, « Advancing Migrant Access to Health Services in Europe (aMASE) Study Team. High Levels of Postmigration HIV Acquisition Within nine European Countries », *AIDS*, vol. 31, n° 4, p. 1979-1988.
- Backouche I. et Naepels M. (2009)**, « Faire la preuve », *Genèses*, vol. 1, n° 74, p. 2-4.
- Bouchet-Mayer (2023)**, « Devenir demandeur d'asile au motif de l'orientation sexuelle et préserver sa santé sexuelle », Doctorat en sociologie, sous la direction de Sylvain Ferez, Université de Montpellier.
- Broqua C. (2012)**, « L'émergence des minorités sexuelles dans l'espace public en Afrique », *Politique africaine*, vol. 2, n° 126, p. 5-23.
- Bruneteaux P. (2018)**, « Ethnographie et lien social. Pratique et éthique de la recherche auprès des résidents des foyers d'urgence », *Bulletin de méthodologie sociologique*, vol. 140, n° 1, p. 39-89.
- Caillé A. (2007)**, « “Ce qu'on appelle si mal le don...” : Que le don est de l'ordre du don malgré tout », *Revue du MAUSS*, vol. 30, n° 2, p. 393-404.
- Chambon N. (dir.) (2018)**, « “Aller-vers”... d'autres pratiques », *Rhizome*, n° 68.
- Chossière F. (2022)**, « Minorités sexuelles et de genre en exil. L'expérience minoritaire à l'épreuve de la migration et de la demande d'asile en France », Doctorat en géographie, sous la direction de Serge Webert et Marianne Blidon, Université Gustave Eiffel.
- Desgrées du Loû A. et Lert F. (2017)**, *Parcours. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France*, Paris, La découverte.
- Einhorn L., Rivière M., Chappuis M. et al. (2018)**, « Proposer une réponse en santé mentale et soutien psychosocial aux exilés en contexte de crise. L'expérience de Médecins du Monde en Calais (2015-2017) », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 34, n° 2-3, p. 187-203.
- Fassin D. et Kobelinsky C. (2012)**, « Comment on juge l'asile. L'institution comme agent moral », *Revue française de sociologie*, vol. 53, n° 4, p. 657-688.
- Gabarro C. (2012)**, « Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique », *Revue européenne des migrations internationales*, vol. 28, n° 2, p. 35-56.
- Gaissad L. (2017)**, « Réduire quels risques ? Chemsex et avatars du plaisir et de la santé gay », *Chimères*, vol. 91, n° 1, p. 169-177.
- Gallardo L. (2020)**, « Africagay contre le sida : un “combat africain” ? Approche relationnelle d'une mobilisation inter-associative franco-africaine », Doctorat en sociologie, Université Paris Nanterre.
- Geeraert J. (2016)**, « Le touriste et le réfugié. Logiques de catégorisation des patients migrants et précaires à l'hôpital public », *Cliniques méditerranéennes*, vol. 94, n° 2, p. 69-82.
- Girard G. (2016)**, « “La pilule qui change tout” ? Analyse des débats québécois autour de la prophylaxie pré-exposition du VIH », in Collin J. et David P-M. (dir.), *Vers une pharmaceuticalisation de la société. Le médicament comme objet social*, Québec, Presses de l'Université du Québec.

- Bouchet-Mayer, C. (2024). De l'inégalité d'usage des dispositifs de prévention ciblés du VIH entre exilés homosexuels. *Revue française des affaires sociales*, N° 243(3), 155-170.
<https://doi.org/10.3917/rfas.243.0155>.
- Girard G. (2021)**, « VIH/sida », in Rennes J. (dir.), *Encyclopédie critique du genre*, Paris, La Découverte.
- Glaser B. et Strauss A. (1967)**, *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*, Chicago, Aldine.
- d'Halluin-Mabillot E. (2012)**, *Les épreuves de l'asile. Associations et réfugiés face aux politiques du soupçon*, Paris, Éditions de l'EHESS.
- Hély M. (2019)**, « Genèse de "l'entreprise de l'ESS" et désétatisation de l'intérêt général », *Informations sociales*, vol. 1, n° 199, p. 88-94.
- Lahya S. et Arapian C. (2022)**, « Psychotraumatismes en situation d'exil. Un dispositif de soin psychiatrique et de médiation ethnoclinique. Consultations Migrants-Exilés-Déplacés, Avignon, 2016-2020 », *L'Autre*, vol. 23, n° 3, p. 283-295.
- Lert F. et Pialoux G. (dir.) (2009)**, « Prévention et réduction des risques dans les groupes à haut risque vis-à-vis du VIH et des IST, Rapport Mission RdRs », Rapport à la demande de la Direction générale de la santé [en ligne] sante.gouv.fr (consulté le 2 août 2024).
- Lert F. (dir.) (2016)**, *Vers Paris sans SIDA. Propositions pour atteindre l'objectif des 3 x 90 en 2020 et la fin de la transmission du VIH en 2030 à Paris*, Paris, Mairie de Paris [en ligne] cdn.paris.fr (consulté le 2 août 2024).
- Mésini B. et Bonis M. (2021)**, « Des solidarités in extenso pour un asile in extremis. Dégradation des conditions matérielles d'accueil à Marseille », *Espace populations sociétés*, n° 2-3[en ligne] journals.openedition.org (consulté le 2 août 2024).
- Morlat P. (dir.) (2013)**, *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandations du groupe d'experts. Rapport 2013*, Paris, La Documentation Française.
- Morlat P. (dir.) (2018)**, *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Recommandation du groupe d'experts. Prévention et dépistage. Rapport 2018*, Paris, La Documentation française.
- Onusida (2014)**, « Accélérer la riposte. Mettre fin à l'épidémie de sida d'ici à 2030 », Stratégie pour 2016-2021.
- Onusida (2021)**, « Stratégie mondiale de lutte contre le sida, 2021-2026. Mettre fin aux inégalités. Mettre fin au sida », Stratégie pour 2021-2026.
- Palich R., Arias-Rodríguez A., Duracinsky M. et al. (2024)**, « High Proportion of Post-migration HIV Acquisition in Migrant Men who have Sex with Men Receiving HIV Care in the Paris Region, and Associations with Social Disadvantage and Sexual Behaviours : Results of the ANRS-MIE Ganymede Study, France, 2021 to 2022 », *Eurosurveillance*, vol. 29, n° 11 [en ligne] eurosurveillance.org (consulté le 2 août 2024).
- Perez M. (2017)**, « Devenir·s séropositif·s : approche sociologique des expériences de la séropositivité au VIH des homosexuels masculins », Doctorat en STAPS, sous la direction de Sylvain Ferez et Anne Marcellini, Université de Montpellier.
- Perrenoud P. (1990)**, « Curriculum caché : deux paradigmes possibles », in Perrenoud P. (dir.), *Métier d'élève et sens du travail*, Paris, Éditions sociales françaises.
- Ravon B., Pichon P., Franguiadakis S. et al. (2000)**, « "Aller à la rencontre" : l'engagement des professionnels et bénévoles de l'aide auprès des "personnes en souffrance" », in Micoud A. et Peroni M. (dir.), *Ce qui nous relie*, La Tour-d'Aigues, L'Aube.

Bouchet-Mayer, C. (2024). De l'inégalité d'usage des dispositifs de prévention ciblés du VIH entre exilés homosexuels. *Revue française des affaires sociales*, N° 243(3), 155-170.

<https://doi.org/10.3917/rfas.243.0155>.

Sempé M. et Siffert I. (2022), « Les professionnels du médico-social en déplacement : enjeux de disponibilité et de construction partenariale à partir de deux équipes mobiles régionales », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, avril-juin, p. 147-169.

Simon A. et Billaud E. (2017), « Dépistage et prévention : les défis du contrôle de l'épidémie de l'infection par le VIH en France », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, n° 29-30, p. 594-595.

Stella N. (2023), « Des solidarités entre compatriotes ? Vulnérabilités résidentielles et stratégies d'hébergement des exilé·es LGB en Île-de-France », *Populations vulnérables*, n° 9 [en ligne] journals.openedition.org (consulté le 2 août 2024).

Slama S. (2018), « De la défaillance systémique à la "policarisation" des conditions d'accueil des demandeurs d'asile en France », *La Revue des droits de l'homme*, n° 14, [en ligne] journals.openedition.org (consulté le 8 mars 2024).

Trachman M. et Girard G. (2018), « Le ciblage des hommes faillibles : stratégies de communication et enjeux moraux dans un essai de prophylaxie préexposition », in Ollivier-Yaniv C. et Couderc M. (dir.), *Recrutement-engagement dans des essais cliniques en prévention. Contextes, logiques sociales et médiations*, Paris, ANRS.

Trachman M., Gelly M. et Girard G. (2018), « Défaire et refaire un groupe à risque. Objectivation et prévention du sida chez les homosexuels masculins à l'ère des antirétroviraux », *Population*, vol. 73, n° 4, p. 787-807.

Vernazza P., Hirschel B., Bernasconi E. et al. (2008), « Les personnes séropositives ne souffrant d'aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle », *Bulletin des médecins suisses*, vol. 89, n° 5, p. 165-169.