Institut d'ethnologie
Faculté des lettres et des sciences humaines
- Rue Saint-Nicolas 4
- CH-2000 Neuchâtel
- http://www.unine.ch/ethno

Nora Martin
Ch. Des Grands-Pins 7
2000 Neuchâtel
Tel : 032 724 09 30
Email : nora.martin@unine.ch

Nora MARTIN

« Wer lutscht schon gern ein Dental Dam ? »

Regards sur la prévention contre le sida dans la sexualité entre femmes à Berlin

Mémoire de licence en ethnologie
date de soutenance : 2 décembre 2009
directrice du mémoire : Mme Ellen Hertz
membre du jury : Mme Cynthia Kraus

Je tiens à remercier mes parents pour leur patience et leur soutien inconditionnel, Djool et Maude pour leur amour et la douce et longue vie aux Pins7, toute la belle équipée© ainsi que Nico pour leur présence et l'incroyable énergie qu'elles me transmettent[1] (et leurs corrections). Je remercie, last but not least, Mme Hertz et Mme Kraus pour le temps qu'elles m'ont accordé et leurs très précieux conseils.

Le titre de ce mémoire est inspiré du manuel de *safer sex* de la Deutsche AIDS Hilfe, *Wer lutscht schon gern ein Dental Dam ? Information für Frauen die Sex mit Frauen haben,* 1998 [3ème édition].

[1] Ici aussi la forme féminine a été retenue.

Résumé

A l'origine de ce travail se trouve un constat : celui d'un relatif silence autour de la question des risques de transmission du VIH lors d'un rapport sexuel entre femmes, contrastant avec une préoccupation face au sida néanmoins présente chez certaines personnes s'identifiant comme lesbiennes.

En me basant sur mes données de terrain récoltées dans ce que j'appelle la « scène lesbienne » berlinoise, j'interroge ici les mécanismes et les enjeux qui se dissimulent derrière une prévention sexuelle lesbienne si peu visible. Quels discours se sont formés autour de la question de la « sexualité lesbienne » et du sida en regard d'une apparente lacune dans le savoir social et médical sur le sujet ? Quelles actrices, aujourd'hui, parlent de *safer sex* pour femmes ?

Dans un premier temps, je m'attache à dresser un cadrage historique, théorique et anthropologique de la problématique du sida et de son évolution. Ceci dans l'idée d'évoquer l'état de la question du sida et de la sexualité entre femmes et d'aborder les enjeux qui peuvent se trouver derrière l'objet étudié ici. Celui-ci est alors posé à la fois comme un état de fait et comme une question. Dans un deuxième temps, il s'agit de considérer plus spécifiquement le risque de transmission du VIH entre femmes. En portant un regard sur la forme que prend la prévention dans différents manuels sur le *safer sex* et en analysant le discours des associations LGBT berlinoises, l'existence de diverses conceptions du risque dans la sexualité entre femmes peut être mise en lumière. Parallèlement, je rends compte de quelques réappropriations des conseils préventifs et des discours sur le risque à un niveau individuel.

La question de la réappropriation du discours préventif amènera à considérer plus particulièrement - au travers de mes informatrices – quelles actrices et quels espaces participent à la construction et à l'existence d'une discussion sur le « risque lesbien » à Berlin. Cela conduira essentiellement à éclairer la manière dont le discours sur la « sexualité lesbienne » se produit et s'ancre dans les « scènes lesbiennes pro-sex » berlinoises et s'articule à un discours politique sur les sexualités non hétéronormées.

Autrement dit, l'analyse des façons et des contextes dans lesquels une prévention pour les rapports sexuels entre femmes émerge, permettra de constater dans quels lieux et de quelle manière la « sexualité lesbienne » est discutée et rendue visible.

DIAGNOSE

Kann halt vorkommen
Sehen wir häufig
Ist nichts Ungewöhnliches
Kann man behandeln

Kann man nicht viel machen
Müssen Sie achtgeben
Müssen Sie aufpassen
Sollten Sie besser nicht

Aber rufen Sie an
Wenn etwas ist
Wenn etwas istist
Wenn etwas ististist
Wenn etwas istististist
Wenn etwas ististististist
Wenn etwas ist ist etwas?

Christian Bleiker, 1 Quadrat Schädel Splitter [extrait].

TABLE DES MATIERES

GUIDE A LA LECTRICE ___ 7

INTRODUCTION ___ 10
En quête : généalogie d'un constat ___ 11
Terrain : points méthodologiques ___ 13
Où : Berlin ___ 13
Quoi : Un objet à penser (malgré tout) ___ 14
Qui : les informatrices ___ 16
Comment : démarche de terrain ___ 17
Retour de terrain, retour sur le texte ___ 19
Processus d'analyse ___ 19
Quelques mots sur la structure du texte ___ 20

CHAPITRE I : PROBLEMATISATION ___ 21
Un regard sur l'épidémie ___ 21
Le VIH/sida, une épidémie virale ___ 24
Situation épidémiologique en Allemagne ___ 26
Historicisation de l'épidémie ___ 27
Episode premier : la constitution des « groupes à risque » ___27
Episode second : la stigmatisation de pratiques « à risque » ___ 28
Une épidémie marquée par la sexualité et la race… ___ 29
…et par le genre et la classe ___ 30
Féminisation de l'épidémie ___ 32
Lesbiennes et sida ? ___ 33
Inclusion des lesbiennes dans les discours sur le sida ___33
Exclusion des lesbiennes des discours sur le sida ___ 34
Rapide conclusion sur la construction sociale d'un objet scientifique ___ 36

CHAPITRE II : RISQUES DE TRANSMISSON DU VIH POUR LES FEMMES AYANT DES RAPPORTS SEXUELS AVEC DES FEMMES ___ 39
Différentes versions du risque ___ 40
Le risque lesbien selon le discours épidémiologique officiel ___ 41
Le risque lesbien dans la prévention publique générale ___ 45
(Pour une définition de) la sexualité lesbienne ___ 47
Prévention lesbienne ___ 48
Les manuels lesbiens ___ 50
Safer sex entre femmes : De l'achat à l'emploi ___ 52
Les gants en latex ___ 52
Les digues dentaires ___ 53
Les préservatifs ___ 55
Les tests de dépistage ___ 55
Zones d'absence de doute : le sang comme lieu du risque lesbien ___ 57
Prévention lesbienne dans les institutions et associations berlinoises ___ 62
Une thématique de la sexualité peu visible ___ 65
Un risque non élucidé ___ 67
Safer sex : nécessité ou paranoïa ? ___ 67
Risque lesbien : un espace d'interprétation ___ 70

CHAPITRE III : DIFFERENTS NIVEAUX D'OFFICIALITE DE LA PREVENTION LESBIENNE ___ 72

Les lieux de la prévention lesbienne ___ 74

Les scènes LGBT et la scène lesbienne ___ 75

La/les scène/s lesbienne/s-queer-autonome/s ___ 77

Discours sur la sexualité dans la scène queer-lesbienne autonome : exemple d'un espace pro-sex ___ 81

EN GUISE DE CONCLUSION ___ 87

BIBLIOGRAPHIE ___ 92

Sources ___ 98

Guides et manuels de *safer sex* ___ 99

Sites Internet ___ 100

ANNEXES ___ 102

Annexe I : Extraits d'entretiens en versions originales et portraits___ 103

Annexe II : Article « Positiv Leben », *Lespress,* déc-jan. 2005/06 ___ 112

GUIDE A LA LECTRICE

Féminisation du texte

Afin de faciliter la lecture de ce texte, j'ai retenu ici la forme féminine. Elle englobe la forme masculine tout au long du travail.

D'autre part, des difficultés méthodologiques sont associées à certains termes employés ici. Je tiens à mentionner au préalable mes choix terminologiques de manière à pouvoir faciliter la lecture par la suite.

Étant donné que je traite de la prévention dans le cadre de la sexualité entre femmes, je me réfèrerai globalement à la désignation descriptive de « personnes de sexe féminin ayant des rapports sexuels avec des personnes de sexe féminin », indépendamment des catégorisations et des (auto)identifications qui peuvent l'entourer. Cependant, pour alléger et simplifier le propos, j'emploierai plus généralement les termes « femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes[2]» ou « lesbiennes ».

Lesbiennes

J'évoquerai la « lesbienne » en tant que catégorie, principalement dans le chapitre I pour me référer aux catégories identitaires qui ont été construites et renforcées dans les discours sur le sida.

Le terme « lesbienne » peut fonctionner comme une catégorie de personnes définies par l'identité sexuelle. Dans ce cadre, « la lesbienne » a été caractérisée de diverses manières par différentes recherches sociales, scientifiques ou épidémiologiques. Certaines se basent sur le désir ressenti par une femme pour une autre femme. D'autres se fondent sur une définition comportementale le long d'un continuum (voir par exemple les travaux d'Alfred Kinsey) ou sur un critère d'exclusivité pour désigner des femmes qui ont des relations sexuelles uniquement avec des femmes.

Un des problèmes d'une approche comportementale est le fait qu'elle ignore les significations sociales ancrées dans les désirs et les relations sexuelles, ainsi que la manière dont ceux-ci peuvent influencer la façon dont les personnes se définissent elles-mêmes. Le rapport entre identité sexuelle et comportement sexuel est complexe. Il s'agira de

[2] Je voudrais marquer ici une distinction entre les désignations « personne de sexe féminin » et « femme » afin de prendre en compte le souhait d'une informatrice qui se dit être de sexe féminin mais refuse d'être

questionner ces conceptions et le rôle qu'elles ont joué (ou qu'elles jouent) dans l'épidémie. J'éviterai par conséquent d'employer le terme « lesbienne » en tant que catégorie analytique.

De façon plus générale, dans ce texte, le terme « lesbienne » fait référence à une désignation émique utilisée par les associations auxquelles j'ai eu accès ou par mes interlocutrices pour signifier leur propre positionnement identitaire. Il importe de garder à l'esprit, cependant, que celles qui se définissent en tant que lesbiennes ne sont pas pour autant d'accord sur la définition de ce qu'est « une lesbienne ».

J'opterai, d'autre part, pour des raccourcis tels que *sexe lesbien* ou *sexualité lesbienne* afin de simplifier la lecture. Je désignerai par là, le rapport sexuel entre femmes sans pour autant sous-entendre que le *sexe lesbien* a nécessairement lieu entre des personnes s'identifiant comme « lesbiennes ».

LGBT

L'acronyme LGBT (Lesbienne-Gay-Bisexuelle-Bisexuel-Trans*) n'apparait pas en tant que tel sur mon terrain, bien qu'il soit parfois utilisé dans la scène lesbienne. Je l'évoquerai néanmoins ponctuellement pour signifier les positionnements identitaires se distinguant des identifications hétérosexuelles. Je ferai par ailleurs appel à la variante LBTQ (lesbienne-bisexuelle-trans*-queer) pour désigner les personnes s'identifiant comme étant de sexe féminin et se distinguant des identifications hétérosexuelle. La logique d'énumération à laquelle fait appel l'acronyme LGBT (ou LBTQ) est cependant problématique en cela qu'elle implique nécessairement des oublis et des exclusions (Boellstorff, 2007).

Certains auteurs recourent au terme générique « queer[3] » qui a l'avantage de désigner toutes les identifications s'opposant aux identités « straight » ou à la norme hétérosexuelle (gays, lesbiennes, bi- et pansexuels, trans* etc) tout en évitant la logique d'énumération. Je tiens cependant à éviter son emploi en dehors des utilisations spécifiques et contextualisées qu'en font individuellement mes informatrices. Dans la mesure où il sera question, dans le chapitre III, des scènes « queer-lesbiennes-autonomes » qui se définissent par une forte

---

catégorisée en tant que « femme ». Cela me permet, par ailleurs, de rappeler que le terme « femme » désigne lui aussi une catégorie (de genre) dont le lien avec le sexe (biologique) peut être déconstruit.

[3] En anglais américain, « queer » se réfère à ce qui dévie de la norme ou de l'habituel. En allemand, il est parfois associé (dans un jeu de mots) à « quer » qui signifie « de travers » ou « transversal ».

perspective politique et théorique, l'emploi du terme « queer » en tant que catégorie identitaire générique dans le reste du texte me semble problématique.

Par ailleurs, comme le suggère Brubaker (2000), je n'emploierai pas la notion figée et réifiante d' « identité », pour adopter les termes d' « identification », de « positionnement identitaires » ou de « localisation sociale » qui préservent et mettent en avant le processus d'autodéfinition et l'aspect mouvant des processus identitaires.

Trans*

Le terme « trans* » est utilisé sous cette forme dans la scène lesbienne berlinoise. Il a l'avantage de désigner à la fois les personnes en période de transition entre l'identification à un genre pour passer à l'identification à l'autre genre, les personnes transitionnant d'un sexe biologique à l'autre par le biais d'une opération ou d'une opération partielle, ainsi que les personnes ayant déjà, ou pas encore (ou n'ayant pas l'intention de) traverser ces changements mais qui ne souhaitent pas s'identifier à un genre ou un sexe en particulier.

Sexe

Comme le remarque Rubin pour l'anglais, « sexe » désigne deux choses en français. D'une part, il fait référence à l'identité de sexe biologique - et sous-entend donc généralement le genre - comme dans « sexe féminin » et « sexe masculin ». D'autre part, il désigne l'activité sexuelle, le désir ou le rapport sexuel. « Cet embrouillage sémantique, écrit Rubin, reflète l'*a priori* culturel que la sexualité est réductible au rapport sexuel et est fonction uniquement de la relation entre hommes et femmes » (Rubin 2003: 74).

Afin d'éviter les redondances dans le texte, j'utiliserai ici à la fois les termes « sexualité » et « sexe » pour désigner l'activité sexuelle. Cela ne doit cependant pas être compris comme faisant référence au genre pour autant.

INTRODUCTION

Nous avons tous eu des peurs d'enfances : les monstres sous le lit, les sorcières dans la cave ou les fantômes dans le grenier. Je les ai toutes vécues, ma maison était peuplée de créatures étranges. Mais aussi loin que je me souvienne, ma plus grande peur a toujours été celle du sida. Cela a commencé, je crois, en deuxième année de l'école primaire par des rumeurs dans la cour de récréation qui racontaient qu'on risquait « d'attraper le sida » en inspirant de la colle ou les odeurs de peintures. Cette histoire m'a ôté plusieurs nuits de sommeil. Non pas que je respirais beaucoup de colle en deuxième primaire mais il me semblait d'un coup qu'un danger étrange et invisible s'était mis à rôder dans ma cour d'école et à surgir des pots de gouache.

Plus tard, mes peurs d'enfant ont été remplacées par une conscience plus concrète de ce que pouvait être le sida. Je me suis alors juré fermement que, le moment venu, je serai intransigeante en ce qui concerne la prévention. Je l'ai effectivement été. Avec les hommes. Je ne me rappelle pas quand, exactement, la question du risque de transmission d'IST[4] dans mes rapports sexuels avec des femmes est devenue importante pour moi. Je sais que cela m'est apparu de manière diffuse d'abord, moins comme une nécessité que comme une interrogation par principe et par réminiscence de mes inquiétudes passées. Pourquoi ces choses - une conscience forte d'un risque d'infection au VIH et mes relations lesbiennes - pourtant toutes deux concrètement présentes dans ma vie, ne se sont-elles pas croisées plus tôt dans mon esprit ?

Les risques d'une transmission du VIH, les possibilités d'un dépistage du virus, la manière dont peut se dérouler un test, l'importance et la manière d'utiliser un préservatif sont des éléments qui ont fait partie de nos cours d'éducation sexuelle. Ce qui nous a moins été appris, en revanche, c'est quels sont les risques d'une transmission du VIH lors d'un cunnilingus, ce qu'est une digue dentaire et où acheter des gants en latex. La place, les enjeux et les risques d'une sexualité lesbienne - à une époque toujours marquée par l'épidémie du sida - relève d'un apprentissage et d'un cheminement différents de ceux liés à l'hétérosexualité ; d'un apprentissage qui, aux côtés d'autres processus en rapport à une sexualité hors de la norme hétérosexuelle, comme le *coming out*, ont dépendu pour moi d'une exploration plus personnelle.

[4] IST : infection sexuellement transmissible

Parce qu'à l'origine de ce travail se trouve moins l'idée d'un sujet de recherche qu'une question personnelle, j'opte ici pour introduire ce travail, pour une démarche introspective.

En quête : généalogie d'un constat

Au départ, ma recherche d'un éclairage sur les risques de transmission du sida entre femmes m'est apparue comme une quête quelque peu veine et désespérée.

Les questions posées à mes médecins n'ont jamais mené à des réponses qui m'auraient permises de déterminer une ligne de conduite, de prendre en considération un risque de transmission d'IST ou de l'exclure une fois pour toutes[5]. Etant alors peu intégrée dans le réseau LGBT en Suisse, il m'était difficile de trouver des informations à ce niveau-là également. Les campagnes officielles suisses de lutte contre le sida, telles que celles de *STOP SIDA*, n'évoquaient (et n'évoquent) généralement pas la sexualité lesbienne sur les affiches de prévention publique. Fallait-il en conclure qu'un risque de transmission de femme à femme est inexistant ?

J'ai continué ma recherche sur internet. Les informations trouvées à l'époque ressemblaient à celles que l'on peut y lire aujourd'hui. Le « test du risque » disponible sur www.check-your-love-life.ch, par exemple, mis en ligne par *l'Aide Suisse contre le Sida* débute par l'encadré suivant : « Il est question de rapports sexuels avec des hommes uniquement car les rapports entre femmes impliquent peu de risque VIH. Le sexe oral durant les règles et l'utilisation de jouets sexuels en commun comportent un risque très faible ». Sur la page de *LoveLife*, qui dépend elle aussi de l'*Aide Suisse contre le Sida*, on nous annonce qu'il « (…) semble que les sécrétions vaginales ne représentent aucun risque d'infection lors de rapports sexuels par voie orale.[6] » Ailleurs sur le même site[7], il est écrit qu' « il y a également un risque de transmission lorsque les parties génitales sont frottées l'une contre l'autre, surtout au moment des règles, et en cas d'échange d'accessoires sexuels ». Il est cependant dit aussi que « les moyens de transmission les plus importants chez les lesbiennes ou les femmes bisexuelles sont les relations sexuelles non protégées avec des hommes et l'injection de drogue à risque ». Ces renseignements restaient pour

[5] De nombreuses études quantitatives attestent des difficultés rencontrées par des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes dans la recherche d'information sur le sujet, notamment auprès des médecins; voir par exemple Dennert (2005).

[6] Dans le volet « savoir » - « risque d'infection lors d'un rapport sexuel oral ».

[7] Dans le volet « sex rules » - « femmes ayant des rapports sexuel avec des femmes ».

moi somme toute relativement flottantes et variables - si ce n'est contradictoires - entre les différentes pages et sites consultés.
Il m'est arrivé également de vouloir me renseigner à un stand d'information et de lutte antisida. On m'avait répondu là que le risque d'une transmission entre femmes était estimé trop faible pour qu'il soit traité dans ce cadre « mais que si je voulais tout de même absolument me protéger je pouvais toujours utiliser de la cellophane lors de mes rapports oraux ». J'ai fait des yeux ronds à l'époque. Me faire conseiller une méthode de protection qui m'apparaissait quelque peu « artisanale » à un stand d'information professionnel me semblait absurde et, en réalité, renforçait ma suspicion quant aux renseignements obtenus.

Dans mon cercle de connaissances, si les discussions sur le *safer sex*[8] entre femmes n'ont jamais véritablement été à l'ordre du jour, la préoccupation (ou peut-être la peur) des IST, et spécialement du VIH, n'était cependant pas complètement absente des esprits et des conversations. Au fil des années, des recherches internet et des rencontres, la thématique de la sexualité entre femmes et de la prévention contre le sida s'est elle aussi matérialisée ponctuellement sous mes yeux. Certaines associations et groupements en Suisse romande ont organisé notamment des *workshops* sur le *safer sex* lesbien ou se sont consacrés plus généralement aux questions de santé des lesbiennes, y incluant la sexualité. Non seulement les préoccupations d'autres femmes sur les risques de transmission du VIH ont été rendues visibles pour moi à ce moment là, mais les méthodes préventives se sont également mises à exister (même la cellophane) - sous forme de discours et de pratiques concrètes.

Au travers de mon questionnement personnel sur les besoins ou non de méthodes préventives, j'ai tenté de faire ici, en guise d'introduction, la généalogie du constat qui se trouve à l'origine de mon travail: le risque d'une transmission du VIH pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes, lorsqu'il est évoqué par les politiques de santé publique, reste peu précis et mouvant. C'est la divergence entre des informations vagues ou difficilement accessibles et une préoccupation néanmoins présente - pour moi et nombre

[8] J'utilise ici le terme anglais « safer sex » que je choisi de ne pas traduire en français pour deux raisons : premièrement (et principalement) parce que c'est là le terme qu'emploient mes informatrices pour parler des méthodes préventives qu'elles utilisent ou qu'elles connaissent ; deuxièmement, le terme « safer » permet d'évite un amalgame entre les notions de sécurité et de certitude que peut comprendre le terme français «sûre», et qui ne correspond pas à la nuée d'incertitudes qui entoure la question du risque et de la prévention entre femmes.
Par ailleurs, j'ai choisi d'employer l'expression « safer sex » plutôt que « safe sex » (tous deux étant utilisés par mes interlocutrices) afin d'éviter (comme le propose Luhmann, 1993 : chap.I) une opposition bipolaire entre risque et sécurité.

de mes connaissances - qui a finalement attiré mon attention et m'a amené à en faire une question de recherche :

Quels mécanismes et quels enjeux se dissimulent-t-ils derrière une prévention sexuelle lesbienne si peu visible ? Quels discours se sont-ils formés autour de la question de la sexualité lesbienne et du sida en regard d'une apparente lacune dans le savoir social et médical sur le sujet ? Quelles actrices aujourd'hui parlent de *safer sex* pour femmes ? Quels circuits d'informations et quels espaces de discussions se sont constitués, ou pas, autour d'un risque de transmission resté imprécis dans le discours préventif officiel ?

Terrain : points méthodologiques

Où : Berlin

Le choix de mon terrain s'est rapidement porté sur Berlin. Outre un attrait pour le cadre urbain, cette décision était liée à des facteurs pragmatiques : d'une part, ma connaissance de l'allemand me permettait d'éviter certaines complications au niveau de la communication ; d'autres part, Berlin est connue pour sa « scène lesbienne » relativement importante et active.

Mon objet d'étude se situe dans ce que j'appellerai la « scène lesbienne» et qui se réfère au terme émique employé unanimement par mes interlocutrices[9]. Il est utilisé pour désigner un réseau social aux contours diffus et mouvants, s'étendant parfois, dans les paroles de mes informatrices, au-delà de Berlin et même au-delà des frontières nationales ou continentales. Il représente ainsi des « espaces symboliques de significations » (Slavin 2004) plus que des espaces géographiques. Stahl (2004 : 53) décrit la « scène » comme étant à la jonction entre relations spatiales (elle se manifeste dans certains lieux précis) et pratiques sociales. Elle repose sur un focus thématique qui peut être très différent de scène en scène (un style de musique, un sport, une idée politique, une vision du monde etc). La scène lesbienne, plus particulièrement, permet aux personnes s'identifiant comme lesbiennes (ou plus généralement comme LBTQ) de se regrouper dans un espace de significations qui se base alors davantage sur le partage d'une résistance aux identifications hétérosexuelles que sur le partage d'une identité ou d'un style de vie commun. Comme le

[9] La notion de « scène » évite la référence à la « communauté » (ou « Gemeinschaft »), en soi problématique, dont il n'a d'ailleurs jamais été fait mention durant mon terrain. Le terme anglais « community » à fait apparition à une seule occasion : sur le site de discussion et de rencontre www.lesarion.de qui se pense comme une « Lesben-Community ».

précise l'anthropologue allemande Kosnick (2008 : 25-26), l'accès aux activités de la scène est limité à celles qui sont au courant de leur existence et de leurs lieux de manifestation mais n'est pas restreint à des « membres » ni à un groupe de personnes clairement défini. Ainsi la scène lesbienne, comme les autres scènes, est caractérisée par un focus thématique fort mais un degré d'obligation, d'engagement et de cohésion relativement faibles.

A Berlin, la scène lesbienne apparaît dans différents lieux physiques : bureaux d'associations, bars, clubs, espaces de rencontres[10] sont répartis dans l'ensemble de la ville, défiant l'idée d'un quartier ou d'un ghetto gay-lesbien tels qu'ils peuvent exister dans d'autre métropoles.

Si je recours à la notion de « scène » en tant qu'outil analytique c'est qu'elle comprend une élasticité qui encourage à voir la multiplicité des circuits, des affiliations mouvantes et points de contacts, l'aspect temporaire de l'affiliation à la scène, l'inter-connectivité des espaces culturels d'une ville, de ses institutions, des médias. Ainsi il permet de mettre l'accent sur, à la fois, l'hétérogénéité et les éléments unifiant de ces réseaux sociaux (Stahl, 2004 :52). Je reviendrai sur une explication plus spécifique des « scènes » évoquées par mes interlocutrices dans le chapitre III.

Berlin et sa scène lesbienne présente le contexte spécifique dans lequel s'ancre mon analyse. Mon objet d'étude, me semble-t-il pourtant, est caractérisé par son absence de localisation géographique particulière. Il faut voir dans mon terrain berlinois un lieu d'exemplification d'un objet qui pourrait alors être discuté plus largement à un niveau transnational. Au cours de mon texte, je ferai régulièrement référence à des auteurs et des sources anglaises et américaines ayant participés à la constitution du sida et de la sexualité lesbienne en objet de débat, cela moins dans une perspective comparative que dans l'idée d'une contextualisation globale de mon terrain.

Quoi : Un objet à penser (malgré tout)

Arrivée sur place, mon idée première a été d'interroger les associations lesbiennes travaillant dans les domaines de la santé ou de la prévention. Que disent les professionnels sur le sujet du sida et de la sexualité entre femmes? J'ai mené des entretiens avec des membres actifs et/ou professionnels d'associations LGBT, de lutte antisida, et des conseillères de centres de santé pour femmes. Je pensais trouver là, quelque part dans le

[10] Elle apparait évidemment aussi dans d'autres lieux et notamment dans le cyberespace.

réseau urbain associatif, un programme ou une antenne d'information pour femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes se consacrant plus spécifiquement à la sexualité et à la santé. J'avais alors dans l'idée de m'y intégrer et de m'y engager afin de pouvoir en faire une ethnographie qui s'appuierait principalement sur une observation participante. J'ai rapidement compris que je ne ferai pas le terrain que j'avais imaginé. Comme nous le verrons, le discours préventif à ce niveau associatif et institutionnel s'est vite avéré répétitif et quelque peu « minimaliste ». L'information y est souvent fournie sur demande et de manière théorique par des manuels.
Ce qui ressortait de manière frappante de mon terrain, là encore, c'est un silence apparent autour de la prévention lesbienne ; cela même dans le réseau associatif LGBT.

Face à mon objet qui se dérobait sans cesse au regard et aux interrogations, j'ai dû faire le deuil de mon terrain initial. La question du risque d'une infection par le VIH n'apparaissait visiblement pas comme prioritaire dans la scène lesbienne à Berlin – ou du moins pas au niveau des associations. Je me suis demandé enfin pour quelles raisons je continuais à m'acharner sur un sujet qui se refusait à moi ? Le constat de « flou », voire de vide autour du sida et de la sexualité lesbienne est-il tout ce qu'il y a à dire sur ce qui serait alors presque un « non-objet » ? Certainement pas. Lorsque j'ai commencé à sortir des bureaux des associations de prévention pour plonger dans la ville et ses multiples réseaux, j'ai constaté que non seulement il n'y a pas de vide partout mais aussi que le « silence » initialement constaté s'avérait porteur de sens. J'ai cherché à accomplir alors ce que Rabinow (2003 : 18) qualifie de « changement modal entre le fait de voir une situation non seulement comme étant donnée mais de manière égale comme étant une question ».
En fin de compte, la frustration ressentie lors de ma première incursion sur le terrain n'a fait qu'étayer ma curiosité et ma réflexion : comment les informations sur les risques rendus si peu intelligibles, non seulement dans la prévention publique mais aussi auprès des associations, sont-elles perçues par les femmes concernées? De quelles manières ces dernières s'approprient-elles les renseignements disponibles, quelle place tient la prévention sexuelle dans leur préoccupations, comment sont vus les discours préventifs ou leur absence ?

Qui : les informatrices

Dans le paysage LGBT berlinois toutes les pistes de recherche d'un discours sur et autour de la prévention pour les femmes ne se sont pas avérées fructueuses. Les difficultés de mon terrain dès lors ont été 1) de localiser un objet malgré tout et 2) de trouver des informatrices qui étaient prêtes à en parler.

Compte tenu de cette situation, je n'ai eu d'autre choix que de me distancer de toute idée de cadre à mon objet d'étude, de véritablement « suivre les actrices » (Latour, 2005) et d'explorer avec elles où et sous quelle forme se produisait un discours sur la prévention. J'ai commencé à mener des entretiens à un niveau plus individuel avec des femmes qui, d'une manière ou d'une autre, se préoccupaient de savoir quels étaient les risques de transmission du VIH entre femmes et voulaient se protéger. Le contact avec mes informatrices s'est largement fait à travers l'association lesbienne de l'université ainsi que des mailinglists de groupes lesbiens, trans* ou queer (mais pas exclusivement).

Une large part de mes informatrices ont répondu de leur propre initiative à mon appel posté sur les mailinglists. Ce point m'a inquiété dans un premier temps. Il me semblait que cette manière d'accéder à mes interlocutrices « filtrait » les personnes et les vécus avec lesquels j'allais être en contact. Il s'agissait en effet de femmes pour qui le *safer sex* – notamment - était d'emblée un objet de préoccupation et de réflexion. Beaucoup d'entre elles se disaient rattachées à « la scène queer-lesbienne autonome », ou se définissaient comme « activistes queer », « activistes lesbiennes », « engagées dans le mouvement de gauche », dans les « Hausprojekte[11] » et la « culture alternative ». Plus tard, j'ai réalisé que ce « filtrage » comportait en fait une information importante : le discours préventif – qui comprend donc le risque et les moyens de protection - est un discours situé et localisable. Comme le rappelle Favret-Saada (1977), le savoir est toujours situé historiquement, culturellement et biographiquement. Au travers de mes informatrices, les discours sur la prévention sexuelle pour les lesbiennes se sont localisés, par ailleurs, dans ce que je problématiserai comme étant différents « espaces » de productions de discours. En creux sont apparus également les lieux où le discours préventif ne se produit pas.

[11] Squats actifs culturellement.

Comment : démarche de terrain

La participation à la scène lesbienne berlinoise de manière générale m'a permis de pouvoir accéder aux évènements, d'entrer dans les mailinglists, les maisons et les conversations. Comme l'évoque Bolton (1995) dans le cadre de son terrain sur la prévention dans la sexualité gay, ne pas participer à la scène m'aurait probablement valu de la méfiance et la fermeture sur certaines informations. La fréquentation d'évènements dans la dite « scène queer-lesbienne autonome», des *workshops* sur le *safer sex*, un certain nombre de discussions informelles, quelques échanges collectés sur des forums internet lesbiens, des brochures préventives et autre matériel écrit produit par différents actrices (institutionnelles, activistes) sont venus enrichir mes données.

Les discussions spontanées, elles, ont rarement porté directement sur la prévention sexuelle (ce qui ne signifie pas qu'elles étaient sans importance pour le déroulement de mon terrain), le sujet n'étant pas toujours très populaire. J'ai été confrontée globalement à la difficulté d'introduire ma thématique de façon subtile dans les discussions. Dans certains cas, les entretiens offraient un cadre « officiel » dans lequel parler de sexualité devenait plus aisé.

D'autre part, la recherche pour des entretiens que j'avais lancée sur les différentes mailinglists m'a amené à pouvoir discuter avec des femmes avec lesquelles il m'aurait été plus difficile d'entrer en contact autrement ; notamment des travailleuses du sexe, des femmes actives dans la scène BDSM[12] ou dans la pornographie lesbienne. Cela - et le fait que le comportement sexuel est difficilement observable - constituent les raisons pour lesquelles les entretiens représentent une source majeure dans mes données.

Dans l'ensemble j'ai pu assembler un corpus d'une douzaine d'entretiens d'environ 45 minutes à une heure et demie – que j'ai enregistrés et retranscrits par la suite – et au cours desquels j'ai essayé de thématiser la prévention. Généralement, j'ai interrogé mes informatrices sur leur perception d'un risque de transmission sexuelle et leurs expériences ou impressions des méthodes de prévention entre femmes. A cela se sont ajoutés quelques entretiens (cinq en tout) menés par email, garantissant ainsi l'anonymat et une neutralité du point de vue de l'interaction corporelle (Poutrain & Heas 2003). Le recours à des forums lesbiens (tels que *www.Lesarion.de*) m'a permis d'avoir un regard sur la place qu'occupent les questions de santé et de sexualité dans ce qui se pense comme une « communauté lesbienne » virtuelle.

[12] BDSM (parfois SM) : bondage-discipline-domination-soumission-sado-masochisme.

Sans vouloir me hasarder dans des explications méthodologiques sur la recherche ethnographique sur et avec internet, je tiens à rendre compte rapidement de la centralité de cet outil dans mon travail. Si mon terrain s'est essentiellement basé sur des entretiens et une observation participante « en direct » (par opposition à des rencontres virtuelles), internet a constitué pour moi un puits d'information crucial sur les risques du VIH dans une sexualité lesbienne, mais aussi dans mes prises de contact avec des interlocutrices et dans mon accès au tissu urbain, à la scène lesbienne et ses lieux de manifestations. La « scène queer-lesbienne autonome » berlinoise, notamment, est très présente sur le net ; les mailinglists, les blogs, les myspaces, les pages relatives aux différents *Hausprojekte* ou lieux de rencontres servent de point de raccord et de renseignement entre les individus et les *events* mais aussi comme espaces d'énonciations et d'explicitations de positionnements politiques. Il se crée aussi dans ces espaces liens et échanges avec les scènes queer, lesbiennes ou autonomes actives ailleurs en Allemagne ou en Europe (celle du Suède, de Vienne ou de Zürich par exemple). En ce sens internet m'a servi avant tout de facilitateur d'accès à mon terrain mais aussi, en partie, comme outil de recherche.

Les enjeux d'une ethnographie réflexive, les questions sur la situation de la chercheuse et de son implication sur le terrain ont fait couler beaucoup d'encre – peut-être plus particulièrement encore dans le cadre d'études sur la sexualité. Si je ne fais pas ici une longue incursion sur ma position face à mes informatrices, il m'importe néanmoins de signaler que ma propre subjectivité a joué un rôle non négligeable dans ma réflexion. Au fil de mon terrain, s'est cristallisé le fait que non seulement mon intégration à la scène lesbienne était importante mais que mon statut de chercheuse y tenait une place également. Certaines de mes informatrices m'avouaient avoir pris contact avec moi dans l'espoir « d'obtenir des renseignements plus précis sur les risques de transmissions pour les femmes», pour « pouvoir parler d'une thématique si peu discutée » ou encore pour « faire avancer la vulgarisation d'un sujet oublié par la recherche et par beaucoup de lesbiennes elles-mêmes ». Par mon statut de chercheuse s'intéressant aux risques de transmission du VIH, on est venu (connaissances hétérosexuelles et LBTQ confondues) me poser des questions très concrètes sur les pratiques à risques, les voies de transmissions, les taux d'infections, les méthodes préventives, leur nécessité ou leur efficacité. Si ces questions ont souvent mené à des discussions intéressantes et qu'elles me confirmaient que la prévention – même pour les lesbiennes - était bel et bien un objet à penser, j'étais parfois

quelque peu désemparée quant à une réponse précise que j'aurais pu leur apporter. C'est au travers de ces discussions et de ces questions que j'ai été amenée à réfléchir à nouveau sur ma propre manière de comprendre, de ressentir et de gérer le risque face au sida. Ainsi, l'expérience ethnographique, comme l'écrit Blackwood (1995 : 55) que je paraphrase ici, est plus qu'une identification de la position de la chercheuse; elle révèle les positions et les identités multiples et changeantes que nous occupons et qui amènent à sans cesse nous reconstruire face à ce et celles que nous étudions.

Retour de terrain, retour sur le texte

A présent que les différentes locutrices ont été définies et que la situation d'énonciation a été explicitée, il me reste à dire quelques mots sur la forme écrite de ce travail.

Processus d'analyse

Tel que mentionné plus haut, mon matériel ethnographique se compose principalement d'entretiens. Par conséquent, il me semble importent de définir quel statut je leur accorde dans mon analyse et dans mon texte. Si leur retranscription a été centrale pour l'évolution de ma réflexion et l'orientation qu'a prise mon travail, il me semble en revanche que j'aurais pu rédiger ce dernier sans citations directes de mes informatrices. J'ai choisi cependant d'intégrer directement leurs paroles dans mon propos ; cela afin illustrer d'où émerge mon analyse et de partager avec le lecteur la manière dont les choses ont pu m'être racontées.

Ce travail se veut multivocal dans le sens où je voudrais qu'il prenne en compte divers points du vue de statut différents et produits interactivement autour de mon objet ; incluant alors différentes actrices - humaines et non humaines - (Akrich, 1987) allant du discours biomédical à la « scène queer-lesbienne autonome » en passant par les brochures préventives et les outils du *safer sex* lesbien. Par ailleurs, dans le cadre d'un objet tel que celui du sida et de la sexualité lesbienne les silences, les lacunes et les blancs sont multiples ; ils constituent paradoxalement des aspects révélateurs et parlants. J'ai tenté, dès lors, d'attacher une attention particulière aux processus d'exclusion, d'inversion et à ce qui n'est pas dit autour de mon objet d'étude.

Quelques mots sur la structure du texte

Dans ce qui suit je m'attacherai, dans un premier temps, à dresser un cadrage historique, théorique et anthropologique de la problématique du sida et de son évolution. Ceci dans l'idée de signaler, pour le lecteur, les enjeux qui peuvent se trouver derrière l'objet étudié ici et d'évoquer l'état de la question du sida et de la sexualité entre femmes. Je poserai mon objet à la fois comme un état de fait et comme une question. Cela me permettra de situer, expliquer et annoncer les interrogations qui ont constitués mon terrain et qui surgiront dans la seconde partie du texte.

Dans un deuxième temps il sera donc question plus spécifiquement du risque de transmission du VIH dans la sexualité entre femmes. En portant un regard sur la forme que prend la prévention dans différents manuels de *safer sex* et en prenant en compte le discours des associations LGBT berlinoises, je mettrai en lumière l'existence de diverses conceptions du risque dans la sexualité entre femmes. Parallèlement, je m'attacherai à rendre compte de quelques réappropriations de conseils préventifs et de discours sur le risque à un niveau individuel.

La question de la réappropriation du discours préventif, amènera à considérer plus particulièrement, au travers de mes informatrices, quelles sont les actrices et les espaces participant à la construction et à l'existence d'une discussion sur le risque lesbien à Berlin. Cet aspect fera l'objet d'une troisième et dernière partie.

De façon générale, les manières et les contextes dans lesquels une prévention pour les rapports sexuels entre femmes est discutée, permettront de constater où et comment la sexualité lesbienne est rendue visible.

CHAPITRE I : Problématisation

La question de la sexualité entre femmes et de la transmission du VIH s'inscrit dans la problématique complexe de la crise sanitaire globale qu'a représenté (et représente encore) l'épidémie du sida. Depuis bientôt trente ans, l'histoire de l'épidémie a impliqué tant les sciences biomédicales que sociales, les politiques nationale et internationales ainsi que nombre d'actrices de tous bords.

Je tenterai ici de rendre rapidement compte de l'historicité de la problématique des lesbiennes et du sida dans le cadre plus général de l'épidémie. Il ne s'agit donc pas de dresser un portrait de toute l'évolution sociale et scientifique de la question complexe du sida depuis les années 80, mais bien d'en rappeler quelques éléments. Ceci afin de rendre compte de l'épaisseur historique de mon objet d'étude spécifique.

Je tâcherai d'adopter la perspective analytique que proposent Rabinow et al. (2003 : 3, en référence à Foucault) et qui ne prend la question du risque (ici du sida) ni comme un « objet préexistant », ni comme un « objet qui n'existait pas » avant sa mise en discours. Je me demanderai alors comment et sous quelle forme le sida s'est constitué en objet de réflexion et de pratiques (discursives et non discursives).

Regard sur l'épidémie

Le sida constitue un des évènements majeurs du XXème siècle. Alors que la science s'est vue dans l'impossibilité de produire un vaccin, il incombait aux sciences sociales d'apporter un éclairage important sur la question de l'épidémie, sachant qu'une évolution des comportements est la condition *sine qua non* pour enrayer son expansion.

L'analyse anthropologique des maladies infectieuses s'est développée à partir des années 50. C'est pourtant seulement dans les années 1970 que leur étude s'est véritablement établie et qu'elle a gagné en importance au sein de la discipline. Différentes chercheuses se sont engagées dans des études ethnographique de terrain, d'autres se sont lancées dans des travaux collaboratifs dans le care de projets de développement de la santé. Au cours des années 80, les études sur le sida se sont mises à constituer une part notable des travaux d'anthropologie médicale.

Concernant la question du sida, Vidal (1996 : 7) relève deux approches anthropologiques principales. L'une s'engage dans des enquêtes possédant des volets épidémiologiques et cliniques et s'attache à mettre en lumière les fondements socioculturels de l'exposition ou

de la vulnérabilité face au risque de transmission. L'autre revêt la forme de recherches menées sur les représentations élaborées autour de la maladie dans un contexte social donné.

De manière plus générale, l'anthropologie médicale met l'accent sur l'interaction entre des facteurs socioculturels, économiques, politiques, ou écologiques en lien avec l'étiologie et la prévalence des maladies. Dans le fond, l'anthropologie médicale éclaire le fait que les maladies infectieuses sont « fabriquées » de deux manières : premièrement la société change activement son écologie de manière à augmenter ou réduire le risque de maladies spécifiques ; Deuxièmement, le contexte socio-culturel fourni un système théorique de compréhension de la maladie (Inhorn et Brown, 1997 :54).

Si l'on se réfère à Inhorn et Brown (1997 : 54) mais aussi à Vidal (1999), l'anthropologie des maladies se doit d'être holistique et pluridisciplinaire dans le sens ou le problème des maladies infectieuses comme le sida est à la fois biomédical et culturel, historiquement déterminé et contemporain, théorique et pratique. Une anthropologie du sida doit par conséquent comprendre une perspective macro- tant qu'une perspective microsociale et se doit de travailler au sein du paradigme biomédical.

L'approche biomédicale, pour sa part, s'appuie beaucoup sur des données et des questionnaires quantitatifs et accentue, par là, la tendance à ne considérer que les actes et non les significations de la maladie. Inhorn et Brown (1997) attirent l'attention sur le fait que, dans nos sociétés occidentales, la biomédecine est largement conceptualisée comme purement empiriques et ne contenant pas de valeurs. Elle s'appuie sur des catégories comme le « corps », la « santé », la « maladie ou la « sexualité » qui sont pensées, dans ce contexte, comme étant universelles, a-historiques et directement dérivées de la physiologie. En ce sens le discours biomédical est renforcé et maintenu comme non réflexif.

L'objectif ici est de considérer toute réalité – y compris le processus de maladie et de santé – comme étant socialement construits et de monter rapidement que la biomédecine s'appuie largement sur les hypothèses et des catégories constituées socialement, comme par exemple la « maladie » ou les « cause le la maladie », qui peuvent être questionnées notamment par une approche anthropologique.

La signification sociale du sida est énorme. Elle comprend des notions de maladie clinique, de malaise social, de risque, d'accusation, de contamination, de morale, de sexualité, d'exclusion, de politique, de déviance, de discrimination, d'inégalités économiques matérielles (etc). Ambigüités, confusions, homophobie, sexisme, racisme, rapports de sexe

et de genre sont des conceptions sociales qui transcendent les discours qui entourent et constituent le sida tel que nous le connaissons. L'assemblage hétérogène de discours biomédicaux, épidémiologiques, de pratiques médicales, d'analyses en sciences sociales et politiques, de conventions narratives des médias, de discours internationaux, d'associations de défense des malades, de laboratoires pharmaceutiques (etc.) sont autant d'aspects qui véhicule des conceptions sociales et participent à l'élaboration de l'objet sida. Les faits épidémiologiques eux-mêmes émergent des pratiques de significations qui forgent et sont intégrés dans les discours autour de la maladie et participent ainsi à les maintenir comme « vraies ». Finalement, outre une épidémie virale, le sida est une « épidémie de sens et de significations » (Treichler, 1987) dont seul le nom conduit à la rendre intelligible (Treichler, 1992).

Par ailleurs, au cours de l'évolution de l'épidémie la distinction nette entre experts scientifiques et profanes a perdu de sa force et ne fonctionnent plus véritablement. Le sida a en effet participé de manière importante à l'émergence du nouveau statut d'« expertise profane » (Epstein, 2001) et les quinze premières années de la recherche sur l'épidémie aux Etats-Unis est fortement marquée par l'intrusion des profanes dans le domaine de la fabrication du savoir scientifique. Les activistes médicaux ont contesté notamment les rapports couts/bénéfices de la recherche et ont contribué à modifier les règles quant aux types de preuves nécessaires pour déterminer l'efficacité d'un médicament. Ils ont bousculé l'approche conventionnelle des sciences qui « présuppose un modèle où la connaissance se diffuse du haut vers le bas. [Où] les idées justes naissent dans une communauté choisie de spécialistes compétents ; [et de là] descendent par percolation et finalement, délayées et déformées, […] pénètrent la conscience des masses » (Epstein 2001, vol.1 : 137).

Epstein (2001 vol.2 : 241) met en lumière que « dans leur critique de la science "pure", "propre" et "élégante" et leur évocation du "monde réel" et des prises de décisions " pragmatiques ", les activistes ont souligné le caractère local et contextuel du savoir scientifique utile. Dans la conception dominante de la science, symbolisé par les essais cliniques randomisés, le véritable savoir se construit grâce à l'abstraction et à la transcendance des particularités. Dans la conception alternative que développe les critiques activistes, le savoir fiable est produit grâce à l'attention scrupuleuse portée au contexte moral, social et politique […]». Ainsi les activistes de la lutte antisida, devenus « experts profanes » dans le contexte de l'épidémie, ont élaboré des « savoirs situés » (Haraway 1991), c'est-à-dire partiels, localisés et critiques. Parallèlement, cela a mis en évidence le

fait que le modèle conventionnel de la science « pure » est en vérité produit lui aussi par des actrices sociales sur la base de leur place dans la société.

La perméabilité de ce qui est intérieur et de ce qui est extérieur à la « science » est ici remise en question. Le savoir scientifique intègre donc à la fois des savoirs situés, constitués dans le cadre de recherches biomédicales et épidémiologiques, des contre-savoirs « profanes » qui viennent questionner les résultats et les hypothèses « scientifiques » et le savoir devenu commun réintroduit dans le processus de recherche (Epstein, 2001 vol.1 : 137). C'est dans ce nœud complexe d'interactions que les « faits » du sida, et finalement le sida, sont fabriqués. Ainsi, comme l'écrit Epstein (2001 vol.1 : 188), « ce que nous savons du sida est le produit, très élaboré, souvent passionné et par certains côtés assez étrange de ce complexe jeu d'interaction. » En cherchant à se défaire de la volonté de différencier entre les représentations médicales « vraies » ou « fausses » du sida (Treichler, 1992 : 401) et en se concentrant en revanche sur des représentations discursives, sur les lieux où on le mentionne et sous quelle forme on le nomme, on peut observer comment des versions particulières de sa réalité sont produites et maintenues.

Comme le relève Wilton (1997 : 54), ces constructions sociales du sida constituent « more than merely metaphors. They have very real socio-political implications ». Tel que nous allons le voir par la suite, la conception du sida en tant maladie gay et (parallèlement) africaine au cours des années 80 a eu un impact marquant sur l'évolution de l'épidémie, les politiques et les adaptations préventives qui se sont développées.

Le VIH/sida, une épidémie virale

Selon la définition de l'Organisation Mondial de la Santé[13], médicalement parlant le sida (syndrome d'immunodéficience acquise) désigne le stade le plus avancé d'un ensemble de symptômes consécutifs à une infection au rétrovirus VIH (virus d'immunodéficience humaine) qui attaque et détruit progressivement les cellules du système immunitaire. La détérioration de ce dernier (entraînant une "immunodéficience") empêche le corps de lutter contre les maladies et les infections. Le sida est le dernier stade de l'infection, il est caractérisé par la survenue d'une ou plusieurs maladies dites « opportunistes » (nommées ainsi parce qu'elles profitent de la faiblesse du système immunitaire) et conduit à la mort

[13] Les définitions médicales du sida citées ici se réfèrent au cite de l'OMS : http://www.who.int/fr

de l'organisme. L'évolution de l'infection par le VIH vers le sida varie de personne en personne. Selon l'OMS, si elles ne sont pas traitées, la majorité des personnes infectées par le VIH montrent des signes de maladie dans les cinq à dix ans. Un traitement antirétroviral peut ralentir cette progression. C'est donc le VIH qui présente un risque de transmission ; le « sida », en termes cliniques, décrit une condition « d'immunodéficience acquise » et ne se transmet pas mais se réfère à la maladie telle qu'elle a été construite socialement.

Une fois transmis, le VIH se loge dans le sang, le sperme, et les sécrétions corporelles telles que les sécrétions cervicales et vaginales ou le lait maternel. Lorsque l'un de ces fluides d'une personne séropositive entre en contact avec le circuit sanguin, une blessure sur la peau ou une muqueuse (vaginale, buccale, anale) irritée ou infectée d'une personne séronégative, le virus peut passer d'une personne à l'autre. Un certain taux de virus est cependant nécessaire pour qu'une transmission entre deux personnes ait lieu. Par conséquent la salive, les larmes ou l'urine, qui contiennent également une faible charge virale, ne suffisent pas pour une transmission.

La concentration du virus dans les sécrétions corporelles est dépendante du stade de l'infection au VIH. La période suivant directement l'infection est particulièrement propice à une transmission, le taux de virus étant plus élevé à ce moment. Le risque d'une transmission du virus est significativement plus élevé également lorsque l'infection a atteint son dernier stade, autrement dit quand le sida est déclaré chez la personne infectée.

D'autre part, la présence d'une autre IST augmente considérablement le risque d'infection au VIH par voie sexuelle; les lésions vaginales, par exemple, accompagnant fréquemment les infections, offrent une entrée facile pour le virus. De plus, le système immunitaire lors d'une IST est généralement affaibli, le corps se trouvant alors moins dans la capacité de se défendre contre le VIH. Par ailleurs, la présence d'une autre infection sexuellement transmissible chez la personne porteuse du VIH augmente sa contagiosité.

Aujourd'hui, la plus part des bulletins épidémiologiques officiels[14] présentent la transmission par « voie sexuelle », la transmission de la mère à l'enfant pendant la grossesse et le partage de seringues lors de consommation de drogue par injection comme voies de transmissions principales du VIH.

[14] Voir par exemple le *Robert Koch Institut* 2009.

Situation épidémiologique en Allemagne

D'après les statistiques de *l'Institut Robert Koch*[15], fin 2008, 63'500 personnes vivaient avec une infection au VIH en Allemagne (dont 51'800 hommes, 11'700 femmes et 200 enfants) parmi lesquels 10'500 sont atteintes du sida. Environ 2800 nouvelles infections au VIH ont été rapportées à *l'Institut Robert Koch* durant la période de mars 2008 à mars 2009 (soit 459 femmes et 2317 hommes)[16]. Dans 15 % de ces nouveaux cas, les indications sur les voies de transmission sont manquantes ; 65% concernent des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; 17% du total des nouvelles infections ont été enregistrées comme étant des infections par voie hétéro-sexuelle ; le taux des nouvelles infections par consommation de drogue à risque s'élève à 5% ; 12% du total des nouvelles infections concernent des personnes en provenance de « pays avec un haut taux de prévalence du VIH dans la population générale » (ni le pays ni la voie transmission ne sont indiqués ici).

Pour 14% des nouveaux diagnostiques du sida déclarés en 2008 les informations sur les voies d'infections sont manquantes également. 41% des nouveaux diagnostiques du sida chez les femmes concerne des individus originaires de « pays à haut taux de prévalence » ; 26% représentent des infections par voie hétéro-sexuelle et 18% des IDU[17].

Un regard sur ces statistiques d'infections révèle quels peuvent être les « facteurs à risques » d'infections évidents pour les femmes, selon les recensements officiels tels que celui de *l'Institut Rober Koch :* la provenance d'un pays à haut taux de prévalence du virus, le contact sexuel avec une personne appartenant à un dit « groupe à risque élevé » et la consommation de drogue par injection. De manière indirecte il est rendu visible que la voie de transmission principale pour les femmes est le rapport hétérosexuel.

Le rapport sexuel entre femmes n'est pas mentionné dans les bulletins épidémiologiques de *l'Institut Rober Koch* [18].

[15] Institut fédéral allemand dépendant du Ministère de la santé.

[16] Ce pourcentage de femmes relativement faible en comparaison d'années précédentes s'explique par une augmentation des infections chez les hommes. Dans les années précédentes les nouvelles infections au VIH chez les femmes variaient entre 20 et 25 %.

[17] IDU : (*injections drug user*) consommateur de drogue par injection ; autrefois IVDU (*intravenous drug user*) consommateur de drogue par injection intraveineuse.

[18] Le rapport sexuel entre femmes est nommé (parfois) dans les bulletins épidémiologiques du *Center for Disease Control* (USA), par exemple. Il y est présenté généralement comme étant quasiment sans risque.

Historicisation de l'épidémie

Dans un synthétique survol historique je tâcherai de rendre compte de l'assemblage des différentes compréhensions et récits (de l'origine, des raisons, des scénarios) qui ont coexisté et coexistent encore dans l'épidémie du sida.

Episode premier : la constitution des « groupes à risque »

C'est en 1981, aux USA, que l'histoire officielle du sida en tant qu'entité cliniquement définie commence. Au départ, le problème du sida a été présenté par le discours biomédical comme concernant un relativement petit nombre de gays[19]. En 1983 déjà, il passera cependant au statut d'épidémie mondiale (Hammonds, 2001).

Le lien crée initialement entre le sida et les gays s'est réifié dans le nom premier donné à la maladie aux Etats-Unis: « Gay Related Immune Deficiency » (GRID). Cette dénomination, qui sera remplacée par le terme « Syndrome d'Immunodéficience Acquise » (sida) en 1982, reflète les suppositions de la recherche biomédicale qui associait la maladie au « mode de vie et au comportement des homosexuels » ; plus spécifiquement à la promiscuité et à la consommation de drogues récréatives qui leur étaient soi-disant inhérents. Cette focalisation sur les gays et leur « mode de vie » dans l'épidémie a été favorisée par une histoire de la médecine qui, depuis la fin du 19ème siècle, a constitué l'homosexualité en maladie[20]. L'identification du sida comme maladie spécifique aux gays correspond en fait à une « sexualisation du discours médical » (Treichler, 1988) et à une nouvelle pathologisation des homosexuels (Kraus, 2007).

Au fil des années, le sida rassemblera un ensemble de discours, d'hypothèses, de schémas de compréhensions qui se croisent et se renforcent ou se subvertissent mutuellement. La centralité de l'orientation sexuelle (c'est-à-dire de l'homosexualité masculine) dans les premières idées de la maladie structurera cependant largement et durablement nos conceptions du sida.

Dès le milieu de l'année 1982, la maladie affectait pourtant plus largement différentes personnes ; outre les gays, il s'agissait selon le discours biomédical principalement de consommateurs de drogue par injection, de Noirs américains et d'hémophiles. Ces quatre catégories de personnes (homosexuels, IDU, noirs, hémophiles) ont rapidement été érigés

[19] J'utilise ici le terme « gay », repris de l'anglais, pour désigner les hommes s'identifiant comme homosexuels (sans y inclure les lesbiennes comme c'est parfois le cas en anglais).

[20] L'homosexualité a été retirée du DSM (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) en 1973.

en « groupes à risque d'infection élevé » face au sida. Le terme « groupe à risque » a donc été édifié dans le cadre des observations épidémiologiques et de la construction statistique de l'épidémie au cours de cette première moitié des années 80. Il contribue jusqu'à aujourd'hui à la sur-visibilisation de certains individus dans l'histoire du sida, celui-ci est alors largement compris comme une maladie touchant certaines personnes plus que d'autres. La notion de « groupes à risques », développée par le CDC[21] puis repris par l'OMS et les autorités françaises, s'est pourtant fait en l'absence d'un modèle étiologique communément admis dans les milieux scientifiques[22]. La désignation très affirmée de victimes spécifiques de la maladie contrastait donc avec la grande incertitude des raisons médicales de leur transformation en cibles de la maladie (Pollak & Schlitz 1987 : 77).
Comme le met en évidence Epstein (2001 : 198), la signification même du sida est liée à la façon dont ces groupes sont construits avant et avec le sida ; réciproquement, l'identité de ces groupes a été marquée par le fait qu'ils sont perçus comme étant des « groupes à risque ». Autrement dit, le sida est associé à des groupes stigmatisés et les stigmatiser en retour.

Episode second : la stigmatisation de pratiques « à risque »

L' « homosexualisation » (mais aussi la racialisation) initiale du sida (Richardson, 2000) et la constitution d'autres « groupes à risque » ont renforcé l'association du sida avec des modes de vie vus comme déviants ou immoraux. Les tentatives d'explication d'une séroprévalence plus élevée dans les groupes désignés se basaient sur la supposition d'une « culture » et « d'un mode de vie » partagés et pensés comme étant la source de la maladie dans ces groupes. Les différentes hypothèses de l'origine attribuées au sida au début des années 80 sont le reflet des associations faites, par exemple, entre la maladie, une « identité gay » et les comportements ou modes de vie pensés comme gay (Epstein, 2001 vol.1 : 20) :
On supposait à l'époque que les infections étaient dues à des microbes présents dans le système de climatisation ou dans l'eau des saunas ou qu'elles étaient liées à la consommation de poppers (Gilman 1987 :89, notamment). Dans l'histoire de l'épidémie,

[21] *Center for Disease Control*: Principale agence gouvernementale américaine, située à Atlanta, chargée des questions de santé publique.
[22] Je fais l'impasse ici sur la controverse qui, entre 1982 et 1984, oppose le laboratoire américain de Gallo à l'équipe de recherche de Luc Montagnier à l'Institut Pasteur. Le débat portait sur la primauté de la découverte du virus causant le sida. Le nom de compromis « VIH », proposé par le Comité international de la taxinomie des virus en 1986, sera dans un premier temps accepté par Montagnier et refusé par Gallo puis peu à peu stabilisé comme « fait » scientifique ; cela avant même que l'hypothèse du VIH comme cause du sida soit réellement confirmée (Epstein 2001 : 53-57).

les discours biomédicaux, médiatiques et profanes occidentaux (et en premier lieux aux Etats-Unis) amèneront donc à une stigmatisation des gays, des noirs, ou des IDU (pour ne citer qu'eux) au travers d'une stigmatisation de ce qu'ils font (prétendument): la sodomie, la promiscuité et la consommation de drogues, notamment.

Alors que les hémophiles, infectés par une transfusion sanguine contaminée, sont présentés comme les victimes innocentes de l'épidémie[23], les sidéens infectés par leurs pratiques ou leur mode de vie, eux, deviennent les porteurs coupables des conséquences de leurs déviances (identitaires et comportementales).

A la fin des années 80, affirme Richardson (2000) dans le contexte anglo-américain, la notion de « risque » subit un certain nombre de changements dans l'éducation de la santé. Un glissement de la conception de « groupes à risque » à celle de « comportement à risque » dans le discours préventif officiel revêt une importance particulière. En effet, peu à peu au cours de la décennie, la discussion et la visibilisation des pratiques vont supplanter la discussion sur les « groupes à risques ».

Une épidémie marquée par la sexualité et la race…

En 1984, sortent les premiers rapports attestant que dans certains pays d'Afrique le taux d'infection chez les femmes est aussi élevé que chez les hommes. En 1986, sans expliquer clairement pourquoi une maladie sexuellement transmissible serait homosexuelle dans certains pays et hétérosexuelle dans d'autres, les médias et les scientifiques occidentaux crée une distinction linguistique entre le « sida » et le « sida africain » qui reprend les termes plus techniques de l'OMS : *pattern one* et *pattern two*. Le *pattern one*, explique Patton (1997), désigne le scénario épidémique qui touche la population blanche et dans lequel les pratiques homosexuelles et la consommation de drogue sont considérés comme sources premières de la transmission du VIH. Le *pattern two* concerne les populations noires (africaines ou américaines), dans lesquelles l'homosexualité est généralement présumée absente. Le « sida africain », au contraire du « sida occidental », est conçu par la recherche comme un virus qui se transmet essentiellement par des rapports hétérosexuels.

Pour Patton, cette différenciation et cette mise en parallèle du « sida Africain » et du sida « occidental » (ou le sida tout court) sert en réalité à marquer la distinction entre « leur » maladie et la « notre »[24]. La division en ces deux modèles de l'épidémie est

[23] Gilman (1987 :104-105) explique que les hémophiles sont constitués en groupe minoritaire et sont marginalisés dans une catégorie de personnes naturellement faibles face à la maladie.

[24] La différence, en ce sens implique le pouvoir et une structure d'oppression plus que la diversité.

expliquée par la mise en exergue de pratiques sexuelles soi-disant différentes chez la population noire (polygamie, rapports sexuels violents). Il véhicule donc l'idée qu'en Afrique la polygamie ou la violence font partie de la « culture » et que certaines « coutumes des indigènes » tel que l'excision favorisent l'épidémie[25].

La focalisation sur la sexualité et la race dans les discours sur l'épidémie ont amené à l'émergence de différentes hypothèses sur les causes de la maladie. Les années 80 voient notamment l'apparition de l'idée d'une « origine africaine » du sida selon laquelle le virus aurait passé du singe à l'humain. En France mais aussi en Allemagne, en revanche, remarque Gilman (1987 :101), circule l'hypothèse d'une « origine américaine et gay » du sida. Ce dernier aurait alors été importé en Europe par la consommation de poppers. Le modèle d'explication raciale et culturaliste de la diffusion du sida dans la population noire trouve donc un parallèle dans l'explication sexualisée de l'épidémie en occident. Le schéma d'explication reste similaire : indépendamment du lieu d'émergence de l'hypothèse d'origine et de l'origine attribuée, celle-ci repose toujours sur une attribution de la maladie à un Autre marqué par la déviance (raciale, sexuelle), et donc à un Autre déjà stigmatisé. Ceci permet d'éloigner la menace de la maladie de la population blanche et hétérosexuelle en Afrique ou dans le ghetto gay.

...et par le genre et la classe

Le premier cas de sida rapporté chez une femme aux Etats-Unis date de 1982 (Hammonds, 2001). Début 1983, un petit nombre de femmes avait été diagnostiqué avec le sida, leur infection résultant de l'usage de drogues par injection, de transfusions de sang contaminé et du contacte sexuel avec des hommes infectés. Peu après, il a été clairement démontré que les femmes pouvaient non seulement être infectées mais aussi infecter à leur tour leurs partenaires sexuels masculins.

Bien que les cas de sida dans la population féminine n'ont cessés d'augmenter depuis lors, jusqu'à la fin des années 1980, la façon dont l'épidémie affectait spécifiquement les femmes a suscité peu d'attention de la recherche biomédicale et dans la santé publique (Hammonds 2001 : 233). Dès la seconde moitié des années 80, des groupes activistes américains tels que *ACT UP* ont cherché à rendre attentif à la question des femmes dans l'épidémie avec des slogans tels que « women don't get Aids, they just die from it »[26]. Les

[25] Voir par exemple l'article d'Eckholm et Tierney paru dans le *New York Times*, en septembre 1990.

[26] Voir notamment la mobilisation contre un article publié par le *Cosmopolitan Magazine* en 1988 intitulé "Reassuring News About AIDS: A Doctor Tells Why You May Not Be At Risk" dans lequel le médecin

femmes – et particulièrement les femmes blanches de la classe moyenne - resteront cependant absentes des discours jusqu'au début des années 90.

Au cours de cette première décennie de l'épidémie, on a donc assisté à la fois à une survisibilisation de certains individus - associés à des groupes « à risques » - et à une invisibilisation des femmes, et essentiellement des femmes occidentales. Ainsi, dans les discours liés au sida, la voie de transmission hétérosexuelle est longtemps restée confinée au continent africain. Durant la seconde moitié des années 80, les premières femmes ont été rendues visibles dans l'épidémie. Cette première inclusion des femmes dans les discours sur la maladie et dans la littérature épidémiologique sur le sida s'est faite – là encore - sous forme d'accusation : Ce sont les travailleuses du sexe, les consommatrices de drogues par injection, les femmes des « pays en voie de développement » et les Noires américaines que le discours biomédical et médiatique pointe du doigt[27]. Elles ont été rendues visibles par le biais de leurs conduites ou de leurs identités marquées comme déviantes (prostitution, drogue, race), et perçues comme étant susceptibles de transmettre le virus à leurs partenaires masculins ou à leurs futurs enfants. Ce discours sur les femmes en tant que potentielles vectrices de maladies vénériennes répète, dit Gilman (1987 :107), l'iconographie du 19ème siècle sur les prostituées comme vectrices de la syphilis. L'auteur fait une comparaison entre l'imagerie constituée autour de la syphilis (dès le 15ème siècle) et celle constituée autour du sida : dans les deux cas la malade est montrée comme étant punie pour sa violation de la morale et pour son irresponsabilité sexuelle. Plus que victime, elle devient menace, physique et morale, pour la population « saine » et « innocente »[28]. On peut relever ici, comme le fait Hammonds (2001 :232), une fragmentation de la catégorie des « femmes » dans les discours sur le sida : elles sont subdivisées en catégories (« prostituées », « toxicomanes », « noires », « mères », « femmes blanches de la classe moyenne ») mutuellement exclusives déterminant le risque d'infection individuel et

---

psychiatre Robert E. Gould affirme qu'une transmission sexuelle du VIH de homme à femme est improbable. L'action de protestation organisée par *Act Up* contre le *Cosmopolitan* a donné lieu au film documentaire "Doctors, Liars, and Women" réalisé par Maria Maggenti (1988). La controverse et sa représentation médiatique est traitée également par Treichler (1999) et commentée sur le site de *Act Up Oral History Project :* www.actuporalhistory.org/interviews/images/maggenti.pdf (interview de Maria Maggenti).

[27] Voir par exemple l'article de Altman paru dans *The New York Times* en 1986.

[28] Dorlin (2006) met en lumière à quel point le lien réel et imaginé entre le corps féminin et la maladie (spécialement dans les cas de maladies infectieuses et transmises sexuellement) constitue un lien complexe qui repose sur une histoire remontant jusqu'à plusieurs siècles en arrière. Selon Dorlin, la santé ou la maladie se doivent d'être comprises comme des attributs de domination dans le cadre d'un rapport de pouvoir de genre. A l'âge classique, la médecine fournit notamment une définition dominante et normative de la différence sexuelle. C'est par le biais de la physiologie et de la pathologie que l'on perçoit une distinction et une fabrication du sexe et des corps. C'est là, que vont apparaître les catégories de sain et de malsain qui fondront la différence sexuelle. Les femmes vont devenir « naturellement » plus faibles, car elles sont perçues comme physiquement imparfaites et ayant des corps malades.

rendant les unes visibles, coupables ou menaçantes, les autres invisibles et innocentes dans l'évolution de l'épidémie[29].

Au cours des années 80, notamment avec l'inclusion des femmes dans les discours, le sida sera donc de moins en moins compris comme se limitant à des « groupes à risque » définis au préalable. Les besoins de maintenir des frontières strictes entre le corps « sain » et le corps « malade » subsisteront néanmoins.

Féminisation de l'épidémie

Le sida tend à « biologiser les forces sociales» (Le Plaec et al., 1997) et frappe de manière disproportionnée les personnes qui sont exposées à la pauvreté, au racisme et au sexisme. Au cours des années 90, le taux d'infection par le VIH a été en augmentation croissante chez les femmes. En 1995, le sida constituait une des causes de mortalité les plus élevées chez les femmes entre 25 et 44 ans aux Etats-Unis[30]. Les femmes issues de populations minoritaires ou de couches sociales inférieures sont soumises à ce Hill Collins (2002) appelle un « système d'oppression entrecroisé » dans lequel on peut observer la simultanéité des formes de domination réduisant leur champ d'action face au risque d'infection. Dans les discours de l'OMS et dans les statistiques épidémiologiques officielles, les inégalités économiques et sociales subies par les femmes (et qui leur rend parfois difficile d'exiger l'utilisation d'un préservatif ou de refuser un rapport sexuel, par exemple) sont exacerbées par la différence biologique qui les rendrait davantage vulnérables au VIH que les hommes. A ce stade, la prise en compte des femmes dans les discours épidémiologiques reste associée à des considérations morales et biologisantes – ce sont les pratiques et identités déviantes qui sont rendues visibles ainsi qu'une vulnérabilité « naturelle » au virus par la fragilité du tissu vaginal[31]. Une discussion sur les voies de transmissions hétérosexuelles (et incluant donc les femmes), même en Occident, est néanmoins amorcée ici.

En 1990, après avoir ignoré des années durant les besoins des femmes dans le problème du sida, le *Global Program on AIDS* de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO/GAP)

[29] Il serait trop long de discuter ici en détail des discours et des politiques constituées et constituant cette fragmentation de la catégorie des « femmes ». Pour plus de précisions voir notamment Hammonds (2001), Booth (1998*)* ou Patton (1997).

[30] Selon les bulletins épidémiologiques du CDC, en 1995 aux USA, les femmes Noires sont neuf fois plus susceptibles d'être diagnostiquées avec le VIH que les femmes blanches (Hammonds, 2001).

[31] Aujourd'hui, le discours de l'OMS place les différences biologiques des femmes par rapport aux hommes en tête de liste des facteurs à risque ; bien que les programmes de l'organisation interrogent actuellement

estime nécessaire d'augmenter le pouvoir politique, économique et culturel des femmes afin de parvenir à un meilleur contrôle de l'épidémie[32]. Le silence qui entourait les femmes dans l'épidémie jusque ici, est remplacé dans les années 90 et ce sur tout le globe, par une interpellation de plus en plus direct des femmes dans les compagnes de prévention.

Lesbiennes et sida ?

Comme cela a été évoqué plus haut, ce que nous appelons « sida » est un assemblage de discours, de récits et d'explications complexe dans lequel certaines histoires s'entrecroisent et se retrouvent, d'autres se contredisent réciproquement.
Dans le nexus des discours formés autour de la maladie, il est important de percevoir qu'il existe des rationalités dominantes liées au sexe ou à la race, notamment, mais également d'autres types de discours au sein d'un même contexte historique politique et social.
Le processus par lequel les lesbiennes ont d'abord été inclues, puis exclues de l'épidémie offre un autre exemple du caractère changeant des dynamiques et des schémas explicatifs existants sur le sida ainsi que des contradictions et discontinuité qui peuvent s'y jouer.

En regard de l'immense champ de littérature qui s'est constitué autour de la thématique du sida, il reste relativement peu aisé de trouver des informations sur les lesbiennes et l'épidémie. Les femmes lesbiennes ont pourtant été affectées de différentes manières par le sida. Elles se sont notamment beaucoup engagées socialement et politiquement au côté des activistes gays. C'est cette part de leur histoire qui est plus amplement documenté, du moins dans la littérature anglo-américaine. Ce que je développerai ici, cependant, c'est la manière dont les lesbiennes en tant que groupe ont été touchées elles-mêmes plus directement par le sida.

Inclusion des lesbiennes dans les discours sur le sida

Les premiers comptes rendus sur les cas de sida dans la population gay ont influencé le processus social par lequel les lesbiennes ont d'abord été inclues puis exclues des discours

davantage les contextes socio-économiques comme déterminants du risque individuel. www.who.int/gender/hiv_aids/fr .

[32] Le thème majeur de la 9ème conférence internationale sur le sida, tenue à Berlin en 1993, est la diffusion rapide du VIH parmi la population féminine. Ressortait aussi de cette conférence la nécessité d'axer les actions sur la prévention plutôt que sur la guérison du VIH/sida.

biomédicaux. En effet, au début de l'épidémie, les femmes lesbiennes ont été sujettes à une stigmatisation « par courtoisie » (Goffman, 1975) : dans les discussions autour de l'épidémie elles ont été associées aux gays et donc aux dits « groupes à risque élevé ». Cette inclusion dans les discours sur les risques d'infections peut s'expliquer principalement de deux manières. Premièrement, et comme on l'a vu, l'idée du corps homosexuel comme source de maladie connait une longue histoire dans les discours médicaux et psychiatriques. Les normes genrées qui placent l'hétérosexualité comme « normale » construisent les gays et les lesbiennes comme « Autres déviants » et comme des sujets considérés d'emblée comme « pathologiques ». Deuxièmement, l'emploi de la catégorie « femmes », explique Richardson (2000), comme catégorie unitaire et exclusive dans laquelle l'hétérosexualité est centrale, place les lesbiennes hors des frontières normatives de cette catégorie. Il procure par conséquent un mode supplémentaire par lequel les lesbiennes, en tant que « groupe déviant » peuvent être associées aux hommes homosexuels et à un risque VIH potentiel.

Exclusion des lesbiennes des discours sur le sida

Au cours des années 80 aux Etats-Unis, on observe un changement dans la perception du statut de risque pour les lesbiennes. Contrairement aux « groupes à risque » marqués par une survisibilisation, les lesbiennes sont, elles, rendues de moins en moins visibles et sont de plus en plus passées sous silence dans les discours préventifs officiels. Au niveau du discours biomédical et épidémiologique, ce n'est pas simplement une *absence* de prévention que l'on constate mais pour ainsi dire une « prévention inverse » : régulièrement un « risque zéro » est affirmé, érigeant la sexualité lesbienne comme méthode « safe » *per se*[33].

Ce changement dans la perception et la mise en discours du risque pour les lesbiennes est en partie fonction du glissement qui s'est opéré dans les discours sur le sida de manière plus générale. Tel qu'on a pu le voir au début de l'épidémie, les discours biomédicaux et épidémiologiques (principalement) agissent dans le sens d'une stigmatisation de certains groupes dits « à risques » sur la base de leurs identités sexuelles « déviantes ». Les lesbiennes sont alors inclues dans d'épidémie au travers d'une association de leur « mode

[33] Treichler (2000) rend attentif à ce changement dans la perception du risque pour les lesbiennes qui paraît particulièrement intéressant si l'on considère qu'il se place dans un contexte de croissance rapide d'infection au VIH chez les femmes et dans un environnement politique qui reconnaît de plus en plus le sida comme étant une question touchant la santé des femmes.

de vie homosexuel » avec « l'identité gay », indépendamment de pratiques particulières. Lorsqu'au milieu des années 80, le discours préventif tend à nommer, outre les « identités à risque », les *pratiques* « à risque », les lesbiennes sont rayées de la carte épidémiologique. Au sein d'un discours dominant qui conceptualise la pénétration du masculin dans le féminin comme acte ultime du rapport (hétéro)sexuel[34], la sexualité masculine comme « active » et la sexualité féminine comme « passive » (Bozon, 1999 :15), les pratiques sexuelles lesbiennes peinent à être vues comme pratiques sexuelles[35] et, corollairement, comme pratiques comportant un risque de transmission du VIH. L'exclusion des lesbiennes des discours sur le sida, en ce sens, est lié à une perception d'une sexualité fondamentalement différente, à la fois de celle des femmes hétérosexuelles et de celles des gays.

Si l'on souscrit à l'analyse que formule Rubin (2003) des systèmes d'oppressions et qui distingue le genre et la sexualité comme étant deux différents champs faisant émerger des structures hiérarchiques différentes, on constate que les lesbiennes subissent l'intersection de ces deux régimes de domination. Dans le cadre de la problématique du sida l'entrecroisement (Hill Collins, 2002) des systèmes d'oppression de genre et de sexualité explique à la fois la dynamique d'inclusion et d'exclusion des lesbiennes des discours sur l'épidémie.

L'importance inégale accordée dans ces discours aux « groupes à risque » et aux groupes « sans risques » (ceux qu'on ne nomme pas donc) est fondée sur une différence genrée, racialisée et sexualisée. Les catégories de sexualité, de race et de genre qui transcendent les différents discours sur le sida agissent de manière analogique[36] dans la constitution de la maladie. Tous trois se basent sur des caractéristiques conçues comme naturelles et préexistantes au social. Ils servent à éloigner la menace d'une infection de la population hétérosexuelle, blanche vers un Autre déviant. De manière symétrique avec la stigmatisation des femmes noires ou des prostituées, l'exclusion des lesbiennes du discours scientifique épidémiologique est fondée sur leur différence de sexualité. Si pour les femmes noires la différence sexuelle a été pathologisée, survisibilisée et a conduit à leur stigmatisation en tant que vectrices de maladie, pour les lesbiennes elle a (été pathologisée dans un premier temps puis) mené à ce qu'elles soient passées sous silence dans la

[34] Wilton (1997 : 34) rappelle que c'est généralement par la pénétration du pénis dans le vagin que hommes et femmes sont considérés perdre leur virginité.

[35] Je reviendrai sur ce point dans la seconde partie de ce travail dans le sous-chapitre « Risque lesbien dans la prévention publique générale ».

[36] Pour une explication plus large de l'analogie entre les concepts de race et de genre, voir les travaux de Colette Guillaumin.

question épidémiologique. La visibilisation des unes et l'invisibilisation des autres, dans les discours sur le sida, reposent sur le même mécanisme et le même précepte d'une « différence sexualisé » avec la société dominante (blanche, hétérosexuelle et masculine).

Rapide conclusion sur la construction sociale d'un objet scientifique

En regard de son étendue, la complexité de la question du sida n'a été que signalée rapidement ici. Nous avons pu constater cependant que le sida est largement conceptualisé en termes de risques d'infection. Les facteurs de risque agissent comme cadre logique permettant de mieux comprendre l'épidémiologie et les stratégies de prévention. Autrement dit, la conception de l'épidémie en termes de risques (groupes, pratiques ou substances) amène un cadre général explicatif rassurant et pourvoyeur de sens, parce qu'ils déterminent qui court un risque et ce qu'il faut faire pour abaisser ce risque. Ils servent donc de pronostique mais aussi de base pour les politiques de prévention.

Ces facteurs de risque fonctionnent néanmoins comme un modèle de compréhension implicite, mal défini, souvent invisible. Les discours biomédicaux et épidémiologiques se concentrant sur les facteurs de risque ont amené à interroger l'individu, à identifier qui est susceptible de tomber malade et pourquoi. Ils se sont donc axés sur les comportements et les degrés de responsabilité individuels. En ce sens, ils ont contribué à assigner une responsabilité de la maladie sans apparaitre pour autant explicitement comme cadre moral (Aronowitz, 1999 :254) puisque que pensés, au sein du paradigme biomédical, comme étant empiriques et dépourvus de valeurs. La constitution et la compréhension de ces facteurs à risque, précise Aronowitz (1999 : 224-227), sont ainsi révélatrices de l'amalgame fait entre le contexte socioculturel global dans lequel on tombe malade, le contexte socioculturel dans lequel les médecins diagnostiquent et traitent la maladie, et celui dans lequel les autorités sanitaires et les chercheuses étudient la maladie et engagent des politiques de la santé.

Dans la conception de l'épidémie en termes de risques, les statistiques ont été (et sont) un instrument central. Elles servent premièrement à prédire le développement de la crise et à fonder une connaissance sur un phénomène qu'on peut difficilement comprendre par l'expérience. Par leur utilisation de catégorisations définies et chiffrées elles répondent au besoin de contrôle sur une épidémie qui implique « une diversité difficile à caractériser » (Treichler 1992). La « réalité matérielle » dont sont censé témoigner les

statistiques produites par les organes de santé publique comporte cependant de nombreux biais méthodologiques.

D'une part, les recensements de l'OMS, entre autres, ont longtemps interrogés les modèles comportementaux générant un risque de l'infection sans réellement se pencher sur les contextes socio-économique dans lequel la transmission du VIH a lieu. Ce type de raisonnements néglige donc une large palette de facteurs contribuant au risque d'une transmission. D'autre part, la liste des « groupes à risques » établis entre 1981 et 1982, notamment, a structuré la collecte d'évidences sur la maladie et contribué à la vision que le facteur majeur d'infection par le sida serait d'*être* un certain type de personne[37]. En situant le sida dans les individus et la déviance, l'épidémiologie agit véritablement comme une science normative (Epstein 2001 : 14) et constitue un exemple de la manière d'objectiver une maladie et des gens. Ressort ici que l'histoire de l'épidémie et son discours officiel comporte non seulement des inégalités sociales et politiques mais aussi la gestion et la construction de frontières. La constitution de l'imagerie du sida doit donc être considérée dans la tentative continue de contrôler et d'isoler la maladie et sa source chez l'Autre (sexuel, racial).

Ce rapide survol historique de l'épidémie aura eu pour ambition, par ailleurs, de démontrer comment des conceptions de genre, de race, de classe ou de sexualité s'inscrivent dans la science en tant qu'activité sociale. Le sida peut ou doit être considérée comme étant un point de cristallisation et d'articulation de différentes conceptions formées par l'histoire de discours racialisés, genrés et sexualisés ; et comme origine de différentes dynamiques notamment de stigmatisation et d'invisibilisation.

Au contexte épidémiologique complexe esquissé plus haut s'est articulé et s'articule un discours sur le sida et la sexualité lesbienne produit par les lesbiennes elles-mêmes. Celui-ci se déploie souvent sur un ton militant, subversif (ou pas) mais toujours en rapport et en réponse à un discours biomédical et profane dominant qui a tendance à les taire. Nous verrons dans ce qui suit, que considérer l'absence de prévention publique pour les

[37] En 1985, le CDC admet que 10% des personnes atteintes du sida sont gay *et* IDU. Ils sont cependant automatiquement classés dans la catégorie des personnes infectées par voie homosexuelle, indépendamment de ce qui peut être su de leur voie d'infection (Treichler 1992 : 206). Treichler postule donc que la « nature gay » de l'épidémie dans les années 80 est, en fait, en partie un artefact produit par la manière dont les données ont été collectées et reportées.
L'aspect biaisé des statistiques sur le sida a beaucoup été relevé par les critiques lesbiennes qui dénoncent le fait que les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ne soient jamais recensés en tant que telles. Il sera question de ce point dans le chapitre suivant.

lesbiennes dans le contexte général d'une prévention qui produit un discours sur la maladie et les malades offre un aperçu sur le discours officiel et normatif sur la sexualité de manière plus large.

CHAPITRE II : Risques de transmission du VIH pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes

Il est aujourd'hui communément admis que le sida se développe à partir d'un virus, le VIH[38]. Malgré cela, il a été largement caractérisé, par les discours biomédicaux et profanes, comme étant une maladie sexuellement transmissible avant d'être vu comme une maladie virale, comme l'Hépatite B. Cette labellisation du sida en tant que maladie sexuellement transmissible, dès le début de l'épidémie, a fortement marquée les conceptions que nous en avons. Elle a aussi pour conséquence que l'épidémie a été lié à des notions taboues, telles que l'activité sexuelle ou la consommation de drogue, qui demandaient dès lors à être discutées. En ce sens, écrit Richardson (2000), le sida a crée un contexte dans lequel il est devenu non seulement possible mais nécessaire de parler de pratiques sexuelles pour une évaluation et une gestion du risque d'infection. Dans le cadre de la recherche anthropologique, le sida a dramatiquement accentué l'attention portée à l'étude de la sexualité, écrit Vance (2005 : 24).

Cet intérêt thématique est relativement récent dans la discipline. Alors qu'il a émergé des périphéries de la théorie anthropologique et parfois par le biais d'autres disciplines, il s'est déplacée en son centre au cours des vingt dernières années (Vance 2005 : 16). Aujourd'hui, nous sommes notamment en présence d'une littérature croissante sur la sexualité féminine non normative. Les recherches menées dans ce cadre sont apparues essentiellement en collaboration avec le travail d'anthropologues féministes qui, de plus en plus, ont questionné l'instabilité du binarisme entre comportement et identité (Evelyne Blackwood, par exemple) et énonçaient une anthropologie critique de la sexualité. En effet, pendant les années 90, les débats sur la pertinence de la catégorie « femmes » comme concept analytique ainsi que la remis en question des binarismes et des notions d'«homosexualité», d'«hétérosexualité» ou plus généralement de la «sexualité» ont relayé les études cartographiques de faits et de typologies sexuelles qui marquaient les recherches gays et lesbiennes jusque dans les années 80.

Nous verrons dans ce chapitre que l'interrogation et la remis en question des concepts analytiques d'« homosexualité » ou de la confluence entre identité et comportement (pour ne citer que ces aspects) sont cruciales dans le cadre d'une étude anthropologique sur la sexualité lesbienne et du sida.

[38] Voir notamment www.who.int

Différentes versions du risque

La question du sida est conceptualisée en termes de risques (et essentiellement en termes de risques sexuels). Lorsqu'il est devenu clair que l'épidémie ne pouvait pas être endiguée par la délimitation de « groupes à risque », le paradigme changea en une recherche de « comportements à risque » ; aujourd'hui, la prévention s'axe davantage sur la prise en compte des facteurs sociaux pouvant déterminer l'exposition à une transmission. Cette forme de prévention et d'analyse de l'épidémie s'appuie sur la notion de « vulnérabilité » qui prend alors en compte le contexte social, économique et politique qui augmentent, maintiennent ou réduisent la capacité personnelle et individuelle à adopter un comportement préventif (Kopp 2002 : 114).

Quoiqu'il en soit, le risque est un concept qui demeure central en épidémiologie et dans la prévention contre le sida. Cette dernière est, par conséquent, à envisager comme consistant principalement en la réduction du risque d'infection par son évaluation. Luhmann (1993 : 13) propose une définition du risque qui me paraît être utile dans le cadre d'une discussion sur les menaces d'une transmission du VIH. Il le décrit comme étant une condition d'incertitude sur la probabilité d'un dommage futur que nous attribuons à des décisions que nous avons prises. Ces décisions ont non seulement la capacité de mener à un dommage mais peuvent également être prises afin d'éviter ce dommage. Considérer la menace comme un dommage futur potentiel dont nous sommes responsables signifie avant tout que nous évaluons (selon une certaine rationalité) le dommage futur par rapport au coût d'une action que nous pouvons faire dans le présent pour tempérer ses effets.

Le risque constitue cependant une notion polysémique et par là problématique. Idées et perceptions du risque sont constituées de dimensions multiples et constamment confirmées ou redéfinies par les parties concernées. Dans le contexte d'une discussion sur la transmission du VIH, il est transcendé, de plus, par des conceptions notamment sur le genre, la sexualité et la race. Si je ne viens pas discuter ici du risque d'un point de vue théorique, il me semble néanmoins important d'en dire quelques mots ; étant donné que dans mon objets de recherche il se révèle indissociable de la question de la prévention.

A l'aide de différentes sources, je tenterai ici d'établir plus clairement quels sont les risques d'une transmission du VIH lors d'un rapport sexuel entre femmes. L'objectif est double ; premièrement je souhaite établir une base pour discuter de prévention. Deuxièmement, cela permettra de mettre en évidence diverses versions du risque qui sont construites et rendues visibles dans ce cadre.

Nous verrons, comme le suggère Luhmann (1993), que le risque (d'une transmission) - spécialement dans la problématique de la sexualité lesbienne et du VIH - ne se positionne pas en simple opposition à la sécurité, mais qu'il exige une discussion plus large sur les possibilités d'évaluation du dommage potentiel en fonction du coût d'une action qui l'empêcherait. J'interrogerai donc les conceptions du risque sanitaire comme le font Rabinow et Collier (2004 :3) (dans le contexte de la biosecurité) en me demandant quelle sorte d' « incertitude » a été introduite par la menace épidémiologique. Et surtout, quels chemins de compréhensions, de formes d'analyses, de réflexions et de pratiques sont mobilisés par les actrices (scientifiques, politiques, militantes, ou profanes) dans la perception et la gestion du risque. Parallèlement, j'interrogerai comment, face à ces différentes formes de risques, sont perçues et mises en pratique les méthodes préventives à un niveau plus individuel et interpersonnel. Ce chapitre a donc pour but de faire émerger la manière dont les discours lesbiens se sont structurés autour de ce qui s'avère être une lacune dans le savoir sur la transmission du VIH entre femmes.

Le risque lesbien[39] selon le discours épidémiologique officiel

Comme je l'ai déjà évoqué rapidement dans le chapitre précédent, la recherche biomédicale et épidémiologique occidentale recense peu ou pas de cas de transmission du VIH clairement lié au rapport sexuel lesbien (voir notamment Bevier, Chiasson 1995 et Chu, Buehler et al. 1990[40]). Généralement, le risque d'infection pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes est associé à des rapports hétérosexuels ou à la consommation de drogues par injection. Le risque lesbien, bien que pensé en fonction d'une catégorie sociale définie par son orientation sexuelle, est en fait un risque conceptualisé en dehors de l'acte sexuel entre femmes à proprement parler. La transmission par des pratiques telles que le tribadisme[41] ou par insémination artificielle

[39] Il faut entendre ici « risque de transmission du VIH qui à lieu entre des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ». Cela ne signifie pas nécessairement que ce risque se résume à un risque de transmission sexuelle, ni qu'il se situe obligatoirement entre des femmes s'identifiant comme « lesbiennes ».

[40] Au cours de mes recherches se sont dégagées quelques études biomédicales sur les risques de transmission du VIH entre femmes. Elles datent, pour la plupart, du début des années 90. Il s'est avéré difficile de trouver des sources plus récentes.

[41] Contact vulve à vulve.

« artisanale[42] », comme risques sexuels spécifiquement lesbiens, n'ont à ma connaissance pas réellement été étudiés[43].

De même, la prévalence de séropositivité chez les femmes lesbiennes n'est pas connue. Certaines études isolées menées aux Etats-Unis et en Grande-Bretagne (voir Chu, Buehler 1990, Raiteri, Giovannini et al. 1994, Lemp et al. 1995, Dennert 2005) aboutissent à des résultats divergents quant à la prévalence chez les femmes s'identifiant comme lesbiennes. Des indications peu précises concernent à la fois les cas de transmissions entre femmes et la séroprévalence chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Cela résulte d'un biais hétérosexuel lors du recensement, visible par exemple dans le « Fact Sheet » sur le VIH/sida de 2006 du *Center for Disease Control*. Le rapport affirme qu'il n'existe jusque-là aucun cas avéré de transmission par voie sexuelle entre femmes ; il reconnaît cependant aussi que :

> "Information on whether a woman had sex with women is missing in more than 60% of the 246'461 case reported - possibly because the physician did not ask or the woman did not volunteer the information." (*Center for Disease Control*, 2006).

D'autre part, les institutions de santé publique occidentales appliquent généralement une hiérarchisation des risques d'infection tributaire du biais hétérosexuel, plaçant le risque de transmission sexuelle entre femmes en queue de liste:

> "If a women says that she has had sex with a man, most will stop at that first question and don't proceed to ask if she has also had sex with a woman. Likewise, if a woman reports injection drug use, many will not precede to sexual behaviour questions, assuming drug use is the main risk." (Center for AIDS Prevention Studies, 1997).

Un cas relaté sur http://lesbianlife.about.com/od/lesbianhealth/a/LesbianAIDS.htm illustre clairement comment toute autre voie de transmission (consommation de drogue, rapport hétérosexuel, transfusion sanguine, tatouages, piercings, promiscuité), aussi peu probable soit-elle, doit être écartée avant qu'une transmission entre femmes soit envisagée ou reconnue :

[42] Insémination artificielle pratiquée soi-même en dehors des institutions médicales.
[43] Chiasson, Stoneburne, Joseph (1990) notamment font une analyse du risque de transmission du VIH par insémination artificielle mais pas comme étant un risque touchant les lesbiennes de manière spécifique.

> "In 2003, a 20-year-old African American lesbian from Philadelphia contracted HIV from her female partner. Most likely she was infected from the use of sex toys, "used vigorously enough to cause exchange of blood-tinged body fluids", according to the journal *Clinical Infectious Diseases*. This young woman had no other risk factors: she did not use intravenous drugs, had never had sex with a man, never had a blood transfusion, had no tattoos or piercings and only had sex with her partner for the previous two years.[44]"

A *l'Institut Robert Koch* (Berlin), le contact sexuel entre femmes n'est pas considéré comme facteur à risque (Laufer 2006). Les indications à ce sujet ne sont donc ni récoltées de manière systématique ni enregistrées en tant que données statistiques. Bien que l'institut reconnaisse qu'il existe des femmes lesbiennes porteuses du VIH, il considère que, généralement, dans ces cas, une autre voie de transmission (plus probable) est à l'origine de l'infection : les rapports hétérosexuels ou la consommation de drogue.
Par opposition au discours de la prévention publique gay ou hétérosexuelle qui se base sur un risque de transmission relativement assertif, le vocabulaire employé concernant les risques de transmission dans la sexualité entre femmes reste celui de la probabilité et de l'estimation:

> "Despite the absence of confirmed cases of female-to-female transmission of HIV, the findings do not negate the *possibility*." (CDC 2006. Souligné par moi).

> "Findings from our study as well as others suggest that women-to-woman sexual transmission of HIV is *probably* rare", (Lemp (et al.) 1995: 1551. Souligné par moi).

En définitive, la situation des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes et les informations disponibles sur la question du sida dans le discours épidémiologique se résument bien dans une remarque faite par l'une de mes informatrices qui travaille au centre de conseil pour lesbienne (*Lesbenberatung*) à Berlin :

> „Il n'existe aucune statistique officielle, uniquement des opinions qui atteignent une incroyable diversité. " (Paula, Collaboratrice à la *Lesbenberatung*).

[44] Ce cas est décrit dans l'article de Kwakwa, Ghobrial (2003).

Les risques et les voies de transmission du VIH possibles lors de rapports sexuels entre femmes restent peu étudiés et globalement considérés comme relevant d'une probabilité négligeable.

L'article de Kwakwa et Ghobrial (2003) attestant d'une transmission lors d'un rapport sexuel lesbien par l'usage de *sextoys* et celui de Spitzer et Weiner (1989)[45] sur une infection lors d'un rapport oral pratiqué sur une femme, parus tous deux dans des revues de sciences médicales, témoignent de la possibilité d'une transmission lors de pratiques pouvant faire partie d'un rapport sexuel entre femmes. Si ces cas ne tranchent pas pour autant les débats et restent rares dans le discours épidémiologique, ils rappellent néanmoins que, quel que soient le sexe du partenaire et les pratiques sexuelles considérées, les sécrétions vaginales ou cervicales et le sang (aussi menstruel) restent potentiellement infectants. En regard de ce risque mal défini et mouvant, la transmission entre femmes reste néanmoins non réfutée concrètement.

Par ailleurs, les informations diffusées par les institutions de santé publique et les laboratoires épidémiologiques contrastent parfois avec celles fournies par des circuits d'informations alternatifs, indépendants ou internes à la scène lesbienne activiste. Certains articles, tels que celui de Hauer (1994), mais aussi les rapports du *Lesbian Aids Project* (1999, par exemple), affirment qu'aux Etats-Unis les premiers cas de transmission sexuelle du VIH entre femmes ont été signalés en 1984, 1986, et 1987.

Un des problèmes qu'occasionne l'impasse faite sur le rapport des lesbiennes au sida dans les discours biomédicaux et préventifs publiques consiste en ses répercussions négatives sur la perception générale (par les lesbiennes et les professionnelles de santé) de l'exposition aux IST chez les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. Il s'avère, selon différentes recherches biomédicales (citées notamment par Genon et al. 2009), que le sexe lesbien est susceptible de transmettre aisément différentes IST aux conséquences plus ou moins graves par le simple contact entre muqueuses: entre autres les infections à papillomavirus humain (HPV) ou au virus de l'herpès (HSV) mais aussi les *Treponema pallidum* (agent causal de la syphilis). Les articles de Genon et al. (2009), concernant la France, ou celui de Dolan et Davis (2003), concernant les USA, mettent d'ailleurs en évidence une plus haute fréquence d'IST chez les femmes ayant des rapports

[45] Il s'agit de l'article suivant, auquel je n'ai pas pu accéder directement: SPITZER P.J., WEINER N.J. 1989.- « Transmission of HIV infection from a woman to a man by oral sex ». *The New England Journal of Medicine*. 320(4), p. 251.

sexuels avec des femmes que chez celles qui disent n'avoir que des rapports hétérosexuels[46].

Ce point n'est pas abordé dans la prévention publique générale. Il est traité dans le cadre de groupements s'engageant dans des questions sur la santé des lesbiennes (voir par exemple www.lesbengesundheit.de ou www.santé-plurielle.ch) ou par des recherches en sciences sociales (voir Genon 2009, Dennert 2005, Dolan et Davis 2003). Ces dernières procèdent alors fréquemment à une compilation des études biomédicales et épidémiologiques qui attestent d'un risque de transmission d'IST entre femmes afin d'éclairer une lacune dans la prévention publique[47].

Le risque lesbien dans la prévention publique générale

Dans la prévention publique, l'hétérosexualité et la sexualité gay existent par une visibilisation du pénis comme potentiel vecteur du VIH. La sexualité lesbienne, elle, est invisible dans cette prévention qui s'axe principalement sur le membre masculin, le sperme et le préservatif à réservoir. Sans remettre en question le bien-fondé d'un tel discours préventif, il me semble qu'il réitère la pénétration du masculin dans le féminin comme acte ultime du rapport (hétéro)sexuel. De cette vision de la sexualité, découle l'idée que les lesbiennes n'ont pas *réellement* des rapports sexuels mais s'adonneraient plutôt à des « préliminaires ». Richardson (1992 : 190) met d'ailleurs en évidence deux stéréotypes principaux qui émergent de conceptions autour de la sexualité lesbienne et qui sont en apparente contradiction, l'une étant sexualisée, l'autre désexualisée : D'une part, la sexualité et le désir sexuel est vue comme définition centrale du lesbianisme ; cette construction repose sur la conception des lesbiennes comme étant définies par leur sexualité. Cette définition sexuelle de la catégorie de lesbiennes est en contradiction, d'autre part, avec un discours dominant qui voit la sexualité féminine comme principalement « passive » (Bozon 1999 :15) et qui amène à rendre l'acte sexuel moins visible dans la relation lesbienne. Suite à différentes discussions informelles dans mon

[46] Or, selon le discours préventif officiel (voir notamment www.who.int), la présence d'autres IST peut augmenter la contagiosité et la probabilité d'infection au VIH pour les partenaires (quel que soit leur sexe).

[47] La question de la transmission du VIH entre femmes peut d'ailleurs s'inscrire dans une absence plus générale du traitement de la question de la santé pour les femmes s'identifiant comme lesbiennes. La santé est rarement considérée comme pouvant affecter de manière particulière les femmes lesbiennes. Elle est habituellement abordée comme étant une thématique concernant les femmes en tant que catégorie générale gommant ainsi les spécificités relatives aux différentes situations de vies. www.lesbengesundheit.de ou www.sante-plurielle.ch rendent attentives à cet aspect.

cercle d'amies hétérosexuelles, ce type de conceptions me paraît être relativement répandu. Il est illustré, par ailleurs, par une production pornographique à l'intention d'un public hétérosexuel qui montre fréquemment le sexe entre femmes comme une forme de « mise en bouche » avant l'acte sexuel « véritable ».

Il ressort ici que la définition de ce qui est sexuel ne va pas de soi. Comme le remarque Richardson (1992), la sexualité ne peut pas simplement être thématisée à travers ce que nous *faisons* mais doit aussi être regardée en fonction de la signification que nous donnons aux situations et aux comportements qui les définissent comme étant sexuels ou non. L'auteur reprend l'idée de « scripts sexuels » développée par Gagnon (1999 : 73) qui argumente qu'une « conduite sexuelle présuppose un schème cognitif structuré [le « script»] sans lequel les acteurs ne sauraient pas reconnaitre le caractère potentiellement sexuel de la situation. […]Une telle reconnaissance requiert une interaction complexe entre un acteur et un contexte […] ». Donc, le script dresse un cadre interprétatif de ce qui doit être fait avec tel ou telle personne et en même temps informe sur ce qu'est une situation sexuelle et fournit des éléments qui rattachent la vie érotique à la vie sociale en général. Ainsi, nommer des pratiques dans le cadre d'une prévention sexuelle (dans un manuel de *safer sex* par exemple) c'est également les affirmer en tant que pratiques sexuelles. Inversement, ignorer les pratiques d'une sexualité lesbienne dans le cadre de la prévention du sida signifie non seulement ignorer l'éventualité d'un risque de transmission corolaire mais aussi les nier en tant que sexualité.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, le risque lié au sida est un risque largement construit en termes sexuels[48]. Au cours de l'histoire de l'épidémie, non seulement le VIH s'est constitué en marqueur de la morale mais, dans le contexte d'une discussion sur la sexualité lesbienne, le risque de transmission s'est également constitué en indicateur de ce qui est vu comme « étant du sexe » et ce qui ne l'est pas. Dans le cadre d'une discussion sur la sexualité lesbienne et du VIH, il apparait que risque et pratiques sexuelles fonctionnent de pair et se rendent visibles (ou invisibles) mutuellement. Sedgwick Kosofsky (2008 : chapitre I) met en évidence l'aspect éloquent que comporte en fait le silence et l'ignorance : « " être au placard " est en soi une performance de l'acte de parole qu'est le silence, un silence en relation avec le discours qui l'entoure et le constitue de manière différentielle ». Ainsi, le silence préventif sur la sexualité lesbienne est en fait

[48] Dans les manuels adressés à un public général (généralement hétérosexuel), le partage d'ustensiles d'injection représente le seul risque qui se situe en dehors de l'activité sexuelle à proprement parler. Dans les manuels lesbiens, il constitue le risque «extra-sexuel » principal aux côtés de l'insémination artificielle «artisanale ».

un silence parlant et révélateur de significations accordées à la sexualité lesbienne qui reste invisible.

Il importe ici de dire que le sida, parce qu'il a affecté de manière particulièrement massive les « communautés gay », a amené à la formation de mouvements antisida destinés à développer une réponse publique à l'épidémie. Ceci a conduit à structurer et développer leur influence politique et contribué, paradoxalement, à une réappropriation publique du discours sur la sexualité gay par les gays eux-mêmes (Epstein 2001 : 32-38). Le risque lesbien étant demeuré invisible dans l'épidémie, la sexualité lesbienne est elle aussi restée largement non discutée publiquement. Pour le dire autrement, seule l'explicitation des pratiques sexuelles entre femmes permet de discuter de l'ampleur d'un risque VIH qui y est lié ; inversement, reconnaitre un risque de transmission du VIH dans la sexualité lesbienne permettra de rendre visibles les pratiques qui peuvent le comprendre.

(Pour une définition de) la sexualité lesbienne

La recherche de Dolan et Davis (2003) portant sur la perception d'un risque VIH montre l'hétérogénéité des comportements sexuels parmi celles qui se définissent comme lesbiennes. Dans leur échantillon, 80 % des femmes interrogées affirment avoir eu des rapports sexuels oraux avec des femmes durant l'année qui précédait ; 50% des femmes ont eu (un ou) des rapports oraux avec une partenaire qui avait ses règles ; 60 % ont pratiqué la pénétration digitale avec une partenaire qui avait ses règles ; 30% des femmes interrogées disent avoir pratiqué le *fist-fucking* sur leur partenaire, 23 % disent avoir été *fistées* ; 75% des femmes ont pénétré leur partenaire (féminine) avec des *toys* ; 70 % ont partagé leur *toys* avec une autre femme ; quasiment 50 % d'entre elles ont eu des contacts anal-oraux ; 97% ont pratiqué le tribadisme ; 24 % ont eu un ou des rapports anaux avec un homme; 79% des femmes questionnées disent avoir eu un rapport sexuel (pénétration vaginale) avec un homme à un moment ou un autre de leur vie ; 19% d'entre elles en ont eu durant l'année qui précédait la recherche ; 71 % ont eu (un ou) des rapports oraux avec un homme au moins une fois et 24 % de ces dernières en ont eu durant l'année qui précédait la recherche.

Ressort ici une diversité de comportements qui renverse à la fois l'idée d'une « communauté lesbienne» monolithique, homogène et hermétique et l'idée d'une « identité

lesbienne » consensuelle dans laquelle le positionnement identitaire désigne nécessairement un comportement sexuel particulier et prédéfini.

Une diversité semblable au niveau des pratiques et des positionnements identitaires a été esquissée par mes interlocutrices. La relation complexe entre identité sexuelle et comportement sexuel constitue la raison pour laquelle la catégorie identitaire « lesbienne » ou la « sexualité lesbienne » ne peuvent servir de catégories analytiques dans le cadre d'un travail tel que celui-ci. Comme le proposent Brubaker et Cooper (2000) - qui rendent attentifs à la faiblesse de la notion d' « identité » comme concept analytique -, il s'agit de ne pas réifier des identités figées par l'analyse mais de s'attacher aux processus d'identifications, de localisations ou de catégorisations de soi et de l'autre mis en œuvre par chacune. Ceci afin de garder à l'œil la multiplicité de la « sexualité et de l'identité lesbienne » et de déconstruire la continuité supposée entre identité-désir-pratique (souvent présente dans la prévention publique) qui enraye une discussion sur les pratiques et sur le risque entre femmes. Le risque d'infection ne peut clairement pas être déduit de l'orientation sexuelle.

En plus de dévoiler la diversité de la sexualité et de l'identité lesbienne, l'article de Dolan et Davis rend visible la présence et la transmission d'IST dans la sexualité entre femmes. Approximativement, une femme sur sept dans leur échantillon affirme avoir été infectée par une IST[49].

Bien qu'elles ne soient pas évoquées dans bons nombres de manuels préventifs, les méthodes de protection entre femmes contre ces différentes maladies existent. Je m'en tiendrai, dans ce qui suit, toujours à une analyse focalisée sur le risque d'une transmission du VIH.

Prévention lesbienne[50]

Comme on vient de le voir, les manuels destinés à un public général (donc plus largement hétérosexuel même lorsqu'ils font l'effort d'élargir leur propos aux rapports entre femmes) mettent l'accent sur le sperme comme vecteur du VIH et sur l'utilisation du préservatif

[49] Sur 162 femmes interrogées dans leur échantillon, 12 ont eu de l'herpès génital, 8 une vaginite, 5 des verrues génitales ou papillomavirus, 4 la gonorrhée, 4 des chlamydias, 2 la syphilis, et 7 le VIH.

[50] Par « prévention lesbienne », j'entends la prévention s'adressant à un public féminin ayant des rapports sexuels avec des femmes. Il se trouve que cette prévention est majoritairement produite par des femmes s'identifiant comme lesbiennes, renforçant ainsi la signification de l'adjectif « lesbienne » de la prévention lesbienne.

comme moyen préventif. Le coït et la fellation étant au centre de la discussion, les sécrétions vaginales et le sang des règles sont mentionnés parfois. Les sécrétions cervicales, le sang autre que celui des règles et l'éjaculat féminin ne sont jamais nommés.
On notera que certaines pratiques pouvant faire partie de la sexualité lesbienne et impliquant ces substances (potentiellement transmettrices) sont des pratiques comprises également dans la sexualité hétérosexuelle (pénétration digitale, *fisting*, cunnilingus par exemple). Elles ne sont pourtant généralement pas thématisées par les campagnes de prévention publiques. A nouveau, cette absence du sexe lesbien dans les manuels généraux en dit moins sur le risque « concret » que sur la manière dont fonctionnent les représentations de ce qu'est le « vrai » rapport sexuel. La « vraie » sexualité étant toujours celle, et uniquement celle, qui se fait par une pénétration du masculin dans le féminin (ou le gay (?)). Tout le reste (doigts, langue, *sextoys*) peut être sexuel mais n'est pas complètement du sexe, puisque ces pratiques sont montrées (dans la pornographie hétérosexuelle) ou taxées (dans les discussions informelles que j'ai eues) de préliminaires. Elles sont carrément tues dans la prévention générale qui présente la pénétration pénienne et la fellation comme seuls actes sexuels qui vaillent la peine d'être problématisés. Une fois de plus, le risque lesbien doit ici se lire par déduction et « entre les lignes de la prévention hétérosexuelle », pour reprendre les mots d'une de mes interlocutrices.

En regard des lacunes que comprend cette prévention publique, les informations disponibles sur le risque lesbien face au VIH sont à trouver principalement sur internet et dans des brochures préventives spécialisées. Contrairement à ce qui s'est passé avec le débat sur le sida dans la scène gay au début des années 80, les discussions sur le sida et les lesbiennes ont été initiées par les lesbiennes elles-mêmes (Richardson, 1992). La promotion des méthodes de *safer sex* (Hauer 1994) a été entreprise par certains groupements lesbiens suite aux premiers cas de transmission sexuelle du VIH entre femmes déclarés aux USA (notamment par le *Lesbian Aids Project*). Ces discours ont vite fait irruption dans les discussions sur la sexualité lesbienne en Allemagne également. Une thématisation du risque lesbien est apparue sous forme écrite pour la première fois dès 1987 au travers de l'ouvrage de Diane Richardson (« Women and the Aids Crisis »), traduit en allemand l'année de sa parution originale en Angleterre. Aujourd'hui, à Berlin, les discussions sur le sida dans la sexualité entre femmes sont encore quasiment exclusivement menées à l'intérieur de la scène lesbienne. Comme le note Bourcier (2006 :

52) sur un plan général, cette dernière a structuré son discours sur le VIH autour de la lacune de savoir sur le risque lesbien au niveau publique.

Dans ce qui suit, je m'attacherai à expliciter les méthodes de protection sexuelle possibles entre femmes et évoquées par les manuels de prévention lesbiens et/ou par mes informatrices. Cela amènera à nommer simultanément les pratiques sexuelles et les risques qui leur sont attribués.

Les manuels lesbiens[51]

Dans les manuels de *safer sex* lesbien (ou de sexe lesbien), une volonté englobante est perceptible déjà dans des titres et des éditoriaux qui évitent les catégories identitaires, en se destinant à « des femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes ». Ils cherchent de cette manière à atteindre un public large au niveau des pratiques sexuelles et des modèles d'identifications de genre et de sexe. S'ils font le pas d'une énumération, la liste est généralement longue. « Frauenlust » (2009 :5), par exemple, s'adresse aux « *femmes, KLs, Butchs, Queens, Drags, Dragkings, Dykes, Lessies, oder Trans* »*. On tend dès lors à une volonté de déconstruction de la continuité prédéfinie entre identité, désir et pratique.

En guise d'introduction, de nombreuses brochures sur la prévention lesbienne se dédient à un travail de déconstruction des « groupes à risques », d'*a priori* sur le sexe lesbien (présents aussi dans la scène) et de la confluence entre identité et immunité[52]. Il s'agit, en somme, d'une déconstruction de l'homogénéité de la catégorie lesbienne et de la perception de la sexualité lesbienne comme étant « safe» *per se*.

Face à une prévention faite à un niveau plus général, s'opère dans les manuels de prévention lesbienne un glissement dans la manière de rendre intelligible le risque. On assiste à un éloignement progressif des catégories identitaires ou sexuelles comme locus du risque. Celui-ci est dès lors rendu visible dans les pratiques et, finalement plus précisément encore, dans les substances contagieuses indépendamment des pratiques. Une thématisation du risque de transmission faite, dans un premier temps, par les substances

[51] Le choix des manuels et brochures préventives auxquels je me réfère ici résulte de mes recherches et de mes trouvailles fortuites. Il s'agit, pour la plupart, de manuels allemands. Certains sont suisses, quelques uns sont issus du contexte américain.

[52] Confluence vulgarisée et maintenue par la prévention publique qui ignore la sexualité lesbienne ou au mieux présente la probabilité d'une transmission du VIH entre femmes comme négligeable.

permet d'éviter une répartition des pratiques (finalement jamais exhaustives) en catégories peu claires de « risque moindre », «réduit » ou « relativement *safe* »[53].

Le propos préventif en soi se construit de manière semblable dans bons nombres de brochures. Il met en évidence, en premier lieu, les substances contagieuses (sang, sang menstruel, sperme, sécrétions vaginales et cervicales, éjaculat féminin). Sont ensuite explicitées les voies d'entrées du VIH par le biais de pratiques (partage de seringues, grossesse, produits sanguins, insémination artificielle, rapport sexuel homo- ou hétérosexuel), puis la perméabilité au virus sans attribution aux pratiques (peau, bouche, vagin et col de l'utérus, anus).

Les conseils préventifs lesbiens conceptualisent le risque au travers d'une palette d'activités sexuelles plus diversifiée que ne le fait la prévention publique. Pratiques BDSM pouvant présenter un risque d'infection (emploi de fouets, cire chaude et brûlures, lavements, jeux d'aiguilles, coupures, morsures), rapports oraux (génitaux, anaux), pénétration digitale (anale, vaginale), *fisting* (anal, vaginal), multiplicité (simultanée) des partenaires, tribadisme, emploi de *toys*, pratiques uro-scatophiles, (etc.) sont systématiquement énumérés ou du moins esquissés. On retrouve ici une volonté englobante au niveau des pratiques, semblable à celle perceptible au niveau des positionnements identitaires. Le *fisting* (vaginal ou anal), le *rimming*, le cunnilingus (spécialement pendant les menstruations), l'échange de *sextoys* ou le tribadisme sont des pratiques qui, dans les manuels lesbiens, figurent au rang des pratiques à risque clair de transmission du VIH (et davantage encore d'autres IST) entre femmes[54]. D'autres pratiques, comme la pénétration digitale ou le rapport oral en dehors de la période des règles sont généralement considérées comme étant à « risque réduit ».

Souvent, une seconde section des manuels est alors consacrée aux risques d'infection à d'autres maladies sexuellement transmissibles entre femmes (gonorrhée, syphilis, chlamydia, herpès, hépatites A/B/C, papillomavirus, morpions, gale, vaginite, mycoses à candida). Si le sida est toujours abordé en premier et à part, globalement, plus le manuel est récent plus le propos sur le VIH est atténué et la prévention axée sur d'autres IST.

[53] Une telle classification des pratiques sur une échelle du risque s'avère parfois même être contradictoire entre différentes brochures. Cela notamment en ce qui concerne le sexe oral qui est tantôt catégorisé comme pratique « à risque » tantôt comme pratique « safe » (voir notamment les brochures « Wer lutscht schon gern ein Dental Dam ? » et « Frauenlust »).

[54] Tel qu'évoqué plus haut, différentes recherches quantitatives menées aux USA (Dolan & Davis 2003, Allen 2004) attestent du fait que de nombreuses femmes s'engagent dans ces pratiques sexuelles à risque avec d'autres femmes.

La partie centrale des brochures porte généralement sur l'explication des méthodes de *safer sex* en reprenant chaque activité, les possibilités de transmission d'IST (VIH compris) qui lui sont liées et les moyens de s'en protéger.

Safer sex entre femmes : de l'achat à l'emploi

Techniquement parlant, différentes pratiques de *safer sex* entre femmes permettent de se protéger du risque de transmission du VIH ou d'autres IST. Les méthodes principales, évoquées par les manuels ainsi que par mes informatrices, sont les gants en latex, la digue dentaire lors de sexe oral et le préservatif masculin lors de l'échange de *sextoys*.
Les méthodes de protection dans la sexualité lesbienne, tout comme les moyens préventifs dans d'autres types de sexualités, sont des objets porteurs de significations et se placent au cœur de conceptions liées aux relations, à la maladie, au corps, à la sexualité. Par leur intrusion dans l'intimité, l'emploi d'une digue dentaire ou d'un gant en latex dans un rapport lesbien peut relever de difficultés semblables à l'utilisation d'un préservatif dans un rapport hétérosexuel. Je tenterai cependant de rendre compte de leurs charges symboliques particulières.

Les gants en latex

L'emploi de gants en latex lors d'une pénétration digitale ou du *fisting* anal ou vaginal empêche le contact entre les fluides corporels d'une partenaire avec des blessures éventuelles (égratignures ou gerçures) se trouvant sur les mains de l'autre. Les gants en latex sont disponibles à la pharmacie, généralement par paquets de deux ou de cents pièces (du moins à Berlin). Souvent ils sont de couleur blanche et poudrés et ne se trouvent pas en libre service mais derrière le comptoir. Leur achat dans un *sexshop* offre davantage de possibilités de couleurs, de tailles et de matières (et évite de se retrouver avec des boîtes de 100 gants poudrés avec du talc).
Les gants constituent un élément central dans la prévention lesbienne. Dans une prévention hétérosexuelle, en revanche, les gants pour la pénétration restent une méthode inconnue et absente des discours préventifs et des représentations.
A ce sujet Marina, étudiante active dans l'association lesbienne d'une des universités berlinoises, me raconte à quel point il est parfois gênant pour elle d'aller acheter des gants ;

évitant les *sexshops* hétéros qui la mettent mal à l'aise, elle préfère se procurer son matériel préventif à la pharmacie. Cela implique qu'elle doive régulièrement expliquer aux pharmaciennes pourquoi elle veut absolument des gants sans poudre blanche et pourquoi, pour ses pratiques, l'emploi de gants s'impose davantage que l'utilisation de préservatifs. Pour Marina, le choix de pratiquer du *safer sex* implique ici - par l'achat de son matériel - un *coming out* répété.

Les digues dentaires

Les digues dentaires (ou *dental dams*) sont des petits carrés en latex prévues pour être posées sur le sexe de la partenaire lors d'un cunnilingus afin d'éviter le contact entre les fluides corporels (sang ou sécrétions vaginales et cervicales) de l'une et la bouche de l'autre. Les digues dentaires tiennent leur nom - alléchant - de leur utilisation initiale dans les cabinets de dentiste lors de la pose d'un plombage. Aujourd'hui, les digues dentaires produites pour les rapports sexuels sont plus fines, plus souples et existent avec différents arômes. Elles sont généralement à disposition dans les *sexshops* ou par commande sur internet à un prix nettement supérieur à celui d'un préservatif. En lieu et place d'une digue dentaire, certaines femmes utilisent un préservatif découpé dans la longueur ou du filme alimentaire qui est alors posé sur le sexe lors du rapport oral. L'efficacité de la cellophane dans la protection contre les IST n'a jamais officiellement été testée. Qu'il s'agisse du découpage d'un carré de latex dans un préservatif ou de l'emploi de filme alimentaire, la prévention lors d'un rapport oral relève facilement du bricolage.

Alors que les digues dentaires sont systématiquement évoquées dans les brochures préventives lesbiennes, elles restent généralement absentes de la prévention publique. Le risque d'une transmission par le rapport oral pratiqué sur une femme peut y être nommé dans de rares circonstances ; comme par exemple dans la brochure éditée par la BZgA[55] „safer Sex…sicher!" (8ème édition). Dans ces cas, les brochures conseillent usuellement de s'abstenir de sexe oral pendant les menstruations sans évoquer l'existence de digues dentaires. Plus généralement, la digue dentaire n'est pas mentionnée dans les pages concernant les relations hétérosexuelles mais apparaît en revanche dans le paragraphe s'adressant aux femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes. On constate donc que l'emploi de *dental dams* est recommandé (quasiment) uniquement aux lesbiennes. Le

[55] *Bundeszentrale für gesundheiliche Aufklärung.*

discours préventif fait ainsi de lui un objet préventif lesbien et affirme le cunnilingus comme une pratique lesbienne. Le rapport oral, lui, est ainsi constitué comme « définition paradigmatique de la sexualité lesbienne » (Richardson, 2000 : 37 mais aussi Wilton 1997 : 27)[56].

La confrontation entre la prévention adressée à un public ciblé comme lesbien et celle tenue au public plus général révèle un paradoxe : selon qui est visé, le discours préventif autour d'une même pratique est variable ; exigeant dans un cas un moyen de protection, dans l'autre pas (ou du moins pas de manière explicite). Tel que le raconte Meret, connue en tant que « sexperte » dans la scène lesbienne berlinoise depuis bientôt 20 ans, ceci rend l'utilisation du *dental dam* peu convaincante pour les personnes concernées.

> „(…) Les digues dentaires ont alors été conseillées spécialement aux lesbiennes, qui comme chacun le sait, pratiquent beaucoup le sexe oral contrairement au reste de la population qui, comme chacun le sait, n'en pratique pas (rit)… C'est pourquoi [les digues dentaires] ont spécialement été conseillées aux lesbiennes. Au début elles étaient vraiment épaisses, comme des pneus *Pirelli*. Ensuite, elles sont devenues plus fines, peu à peu. Et c'est là aussi qu'on a remarqué que les digues dentaires n'étaient pas très sexy et que les lesbiennes ne les utilisaient pas. Pourquoi donc? Parce que le reste de la population n'y a jamais été incitée non plus et qu'aucune prévention n'a été mise en place pour les rapports oraux. " (Meret, tenancière d'un *sexshop* pour femmes et organisatrices de *sexpartys* pour femmes et trans*, éditrice et productrice de films pornographiques lesbiens).

Meret établit un lien causal entre un discours préventif différentiel selon le public et un non-emploi du *dental dam* par les lesbiennes. Elle met en évidence ce qui peut être considéré comme un échec de la digue dentaire en tant que moyen préventif. Son manque de popularité s'est effectivement cristallisé dans la plupart de mes entretiens. La digue dentaire est souvent vue comme un « Stimmungskiller » (selon Britta par exemple) et nombreuses sont les personnes qui m'ont avoué faire l'impasse sur cette méthode de protection ; cela même dans un rapport *safer* par ailleurs. Le rapport oral est alors pratiqué sans protection ou simplement évité avec les partenaires inconnues.

> "Je n'utilise pas de *dental dams*. Soit je n'ai pas de sexe oral du tout avec la personne, ou si je connais bien les personnes et …si elles ont fait un test récemment, alors il se peut que

[56] Selon Richardson (2000 : 37), le sexe oral est généralement associé à la sexualité lesbienne alors que la pénétration anale est constituée comme « définition paradigmatique de l'acte sexuel gay ». Parallèlement, le sexe anal est peu associé au rapport sexuel entre femmes.

> j'aie un rapport oral, mais sinon… et je ne connais pas beaucoup de personnes qui utilisent des *dental dams*. Je dirais plutôt que les gens évitent alors le sexe oral." (Carla, 30 ans, se définit comme sexworker et pornographe queer).

Ce genre de déclaration va à l'encontre de la représentation du cunnilingus comme élément central de toute sexualité lesbienne. Le *dental dam* lui-même, érigé en symbole de la prévention entre femmes, contribue à la déconstruction du sexe oral comme paradigme lesbien.

Le titre de la brochure préventive éditée par la *Deutsche Aids Hilfe* « *Wer lutscht schon gern ein Dental Dam* ?» (Qui donc aime lécher une digue dentaire ?) laisse entrevoir la place ambigüe que la *digue dentaire* tient non seulement dans la scène mais aussi au sein même du discours de préventif lesbien.

Les préservatifs

Le préservatif masculin constitue le troisième objet préventif principal mentionné dans les brochures sur le sexe lesbien. Il est conseillé de l'appliquer sur les *sextoys* puis de le changer lorsque le *toy* passe d'une partenaire à une autre afin d'éviter l'échange de fluides corporels.

Autrefois, des préservatifs pour *sextoys* - sans réservoirs - étaient disponibles dans certains *sexshops* en Allemagne (du moins) ; aujourd'hui, ils ont été retirés du marché. Le préservatif sans réservoir représentait une réappropriation d'un objet préventif prévu pour le rapport hétérosexuel ou gay dans la sexualité entre femmes. En retirant le préservatif sans réservoir du marché et en forçant les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes à utiliser un objet prévu pour le pénis, la prévention contre les IST est située une fois de plus en dehors de la sexualité lesbienne. Il faut néanmoins chercher une rationalité économique derrière ce fait, selon moi.

Les tests de dépistage

Le test de dépistage du sida peut lui aussi être évoqué comme « méthode préventive ». Nombre de mes informatrices ont spontanément mentionné le dépistage régulier et fréquent (une à quatre fois par an pour certaines) dans leur pratiques de *safer sex*.

Le document édité par la *Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Sport* (1993) mais aussi le rapport de Dennert (2005), par exemple, mettent en évidence le fait que bien que la prévention pour le rapport entre femmes soit absente sur le plan publique, de nombreuses études attestent que les femmes s'identifiant comme lesbiennes se soumettent plus fréquemment à un test de dépistage que les femmes se disant hétérosexuelles. Dans la recherche de Gölkel[57], cité par Dennert (2005), 31% des participantes à un test de dépistage et s'identifiant comme lesbiennes indiquent le « désir de certitude » comme motivation pour se soumettre au test, 19% indiquent « leur nouvelle relation stable », 15% mentionnent « des relations non protégées avec hommes ou femmes », 10% veulent « protéger leur partenaire [féminine]», 7% indiquent les contacts avec des personnes qu'elles considèrent comme « étant à risque ». La recherche de Gölkel signale que seul pour une minorité des participantes les contacts intimes ou les « contacts à risque » constituent les facteurs déclencheurs pour un test. Pour la plupart, c'est le souhait de certitude et de clarté - pour elles-mêmes ou leurs partenaires (féminines) - sur leur statut sérologique qui conduit au test. Alors que le dépistage du sida n'est pas un moyen préventif en soi - il ne protège pas directement d'une transmission mais repose sur la confiance envers l'autre dans l'échange de l'information sur le statut sérologique - il permet à celles qui le considèrent comme une méthode de *safer sex*, d'éviter l'emploi parfois qualifié « d'encombrant » de l'assortiment gants-digues-préservatifs. Il permet également d'échapper aux réactions quelque fois désagréables des partenaires sexuelles réfractaires aux outils du *safer sex* ou même à la préoccupation d'un risque.

Dans les recherches citées ci-dessus (et dans certains de mes entretiens), le dépistage peut apparaître comme moyen préventif utilisé plus fréquemment que d'autres méthodes de *safer sex* (spécialement les *digues dentaires*). Si ce point reste contestable et difficilement démontrable, à Berlin le phénomène atteste du moins d'une préoccupation existante autour du risque d'infection parmi certaines femmes s'identifiant comme lesbiennes. Il traduit aussi une des manières dont l'incertitude qui entoure (toujours) particulièrement le risque lesbien peut être géré et écarté.

[57] Seule recherche existant jusqu'ici sur les questions d'infection au VIH parmi les femmes homosexuelles en Allemagne, selon Dennert (2005). Je n'ai pas eu d'accès direct à ce document: Gölkel L., 1997. *Untersuchung zur Frage der HIV-Infektionen bei homosexuellen Frauen in Berlin im Zeitraum von 1993-1996 unter besonderer Berücksichtigung des Risikoverhaltens*. Med. Diss., Humboldt Universität : Berlin.

Zones d'absence de doute : le sang comme lieu du risque lesbien

Il se dégage pourtant des discours préventif lesbiens observés jusqu'ici (surtout dans les manuels) un certain nombre de pratiques qui se distinguent par leur risque assertif. Il s'agit des pratiques impliquant du sang ou des objets (le sexe oral pendant les règles, les activités faisant saigner d'une manière ou d'une autre, le partage de *sextoys*). Alors que les manuels hétérosexuels ne thématisent pas concrètement ce point, dans les manuels lesbiens le sang et les pratiques comportant une possibilité de saignement sont toujours mentionnés. Elles permettent de situer le risque (lesbien) dans une substance vectrice, un « lieu » et par conséquent de le rendre intelligible. Dans différentes réactions récoltées sur mon terrain, le sang est évoqué comme « lieu certain » du risque VIH.

> „Pour transmettre le VIH [entre femmes] il faudrait jouer avec le sang ou avoir des plaies et des blessures ouvertes dans la bouche. „ (Internaute sur www.lesarion.de).

J'avancerai ici l'idée que le sang (qu'il soit menstruel ou « sexuel »[58]) constitue le signe le plus substantiel d'un risque lesbien concret (c'est-à-dire qui ne soit pas rendu incertain). En ce sens ce serait le sang (en tant que substance et en tant que pratique), et non le sexe oral (en tant que pratique), qui agit comme lieu paradigmatique du risque lesbien. Cela dans les manuels mais aussi dans les représentations de certaines de mes informatrices.

Bourcier (2006 : chapitre II) fait un constat semblable lors d'une enquête menée sur la perception du VIH et des pratiques à risque au près de lesbiennes en vacances à Eressos en Grèce : « Même pour les lesbiennes en dehors de la scène SM ou justement pour elles, le principal risque dans le sexe lesbien est le sang ». Bourcier établit un lien entre sexualité SM et risque du VIH qui passe par la portée significative du sang. Le sang, à la fois, signifiant principal d'un risque de transmission du VIH et du sexe SM, devient le signifiant majeur du risque lesbien. Par conséquent, explique Bourcier, pour les lesbiennes d'Eresssos, en l'absence d'informations claires sur la transmission du VIH entre femmes, il a été plus facile de parler de sexe, de sang et de risque en passant par une discussion sur le SM. Bourcier éclaire là un lien entre le *safer sex* et le SM qui a pu ressortir à plusieurs niveaux de mon terrain. Il a été évoqué tant par des interlocutrices qui disent avoir une sexualité SM que par celles qui s'en distancient.

[58] Bourcier (2006 : chapitre II) propose une distinction entre le sang menstruel et le sang survenant par les pratiques sexuelles (BDSM ou non).

> „Je dirais que la scène SM queer parle plus facilement de *safer sex* parce que c'est plus courant, par exemple, qu'aient lieu des *playpartys* avec beaucoup de gens. Et c'est évidement très important de … à ces partys il y a toujours beaucoup de préservatifs, de lubrifiant et des gants, et des sprays désinfectants…et tout ça. C'est une préoccupation beaucoup plus présente. Parce que tu es obligée: si tu utilise des objets, comme un fouet ou une ceinture par exemple, il faut pouvoir les nettoyer. „ (Carla).

> „Dans des pratiques en dehors du SM je ne vois pas de risques. „ (Nicole, séropositive, portraiturée dans un article de *Lespress*[59]*(*Leusch 2005/2006), voir annexe IV).

Dans le cadre d'une conception du risque VIH, la sexualité SM a l'avantage de pouvoir comprendre toutes les substances et pratiques affirmées – notamment dans les manuels - comme pouvant être « à risque concret » dans un rapport entre femmes: sang, sécrétions cervicales, *sextoys*, *fisting*, multiplicité des partenaires (etc). Je rejoins donc Bourcier pour dire que le SM constitue un lieu crucial de visibilisation d'un risque VIH intelligible dans le sexe lesbien[60].

Bourcier met en lumière le rôle qu'a joué ce qu'elle appelle le « paradigme SM » dans la construction politique et discursive de la sexualité lesbienne à risque. Ce que Bourcier entend par « paradigme SM » (2006 : 77) s'inscrit dans les revendications menées par des théoriciennes comme Pat Califia ou Gayle Rubin dans les années 1970-80 aux Etats-Unis[61]. Leurs propos s'orientaient vers une remise en question de la sexualité féminine/féministe (homo-)sensuelle par le SM. Ce dernier devenant le signifiant d'une sexualité radiale - séparant amour et sexe, comprenant les possibilités de symbolisation ou de réappropriation des rapports de pouvoir, ou de la masculinité (etc) - en opposition à une sexualité majoritairement promue par les féministes (essentialistes) dans laquelle les rapports de pouvoirs (par l'absence des hommes) seraient « naturellement » absents également. Dans le cadre des *sex wars*, « la revendication du SM, écrit Bourcier, a valu pour une revendication de la sexualité tout court ». Cela aura permis de rendre visible, d'une part, la sexualité lesbienne (sous ses différentes formes), d'autre part, la possibilité

[59] Magazine lesbien édité à Koblenz et distribué nationalement.

[60] Comme le fait remarquer Bourcier (2006 : 53) la discussion du *safer sex* dans le cadre du SM permet en outre d'affirmer que la sexualité SM est *safe*.

[61] Ces débats s'inscrivent dans les *sex wars* opposant dans les années 70-80 aux USA féministes anti-sexe (pour qui la sexualité restait l'outil de l'oppression des femmes) et pro-sexe (qui exigeaient une libération sexuelle pour tous les genres). Dans ce cadre le « paradigme SM » renvoie plus largement à ce qui est une érotisation revendiquée et consensuelle des rapports de pouvoir.

de la présence de sang ou d'objet dans cette sexualité. Dans le contexte de l'épidémie du sida cela aura finalement contribué à ouvrir la discussion d'un risque de transmission qui lui serait lié.

En ce sens, la sexualité lesbienne qui sort d'un « modèle homo-sensuel » (Bourcier 2006 : 53) – qu'elle soit SM ou non - et le besoin de protection contre le VIH se rendent visibles mutuellement. La prévention semble s'imposer lorsqu'elle s'extrait des représentations d'une sexualité lesbienne « douce » (non violente), lors qu'elle comprend (symboliquement ou réellement) des objets, du sang, ou des aspects du registre de la masculinité : rôles actifs (par opposition à une passivité pensée comme féminine), pénétration vaginales ou anales, rapports de pouvoirs, de force etc.

On comprend aussi que la question du sida et des lesbiennes s'articule à des débats politiques et idéologiques menés - notamment aux Etats-Unis mais aussi en Allemagne (Quaestio 2000 ; Weiland 1995) - entre différents pôles de la théorie féministe. Ce contexte vient complexifier les explications autour de l'émergence et de la portée politique (plus que sanitaire) du *safer sex* pour lesbiennes.

En effet, le développement d'un discours lesbien sur le risque VIH dans la sexualité lesbienne s'articule, dans les années 80-90, à une volonté de « re-sexualisation » du lesbianisme (Richardson 1992, Bourcier 2006 : 69) qui, face au féminisme essentialiste, insiste sur le fait que le lesbianisme *est* à propos de sexe et non d'une simple critique politique de l'hétérosexualité par l'identité lesbienne. Les discussions sur les risques de transmission du VIH entre femmes se font corollairement et participent à ces débats féministes autour du sexe et du plaisir sexuel, de ses définitions et ses significations. Elles contribuent à une révélation de la sexualité lesbienne dans ses variations multiples[62]. Comme le fait remarquer Richardson, outre une discussion de la sexualité SM, on note dans ce contexte le développement de la vente et de production de *sextoys*, la publication de manuels sexuels lesbiens ainsi que l'émergence d'une production pornographique par les lesbiennes pour les lesbiennes. Un regard sur les manuels de sexe lesbien[63], sur les brochures de *safer sex* actuelles, sur l'assortiment d'objets et de films dans des *sexshops* tels que celui de Meret ou sur la production pornographique lesbienne révèle à quel point

[62] Ironiquement ces débats ont lieux au même moment où émerge la problématique du sida dans la communauté gay et amène à une rediscussion des idéologies sexuelles des années 70 et une valorisation des relations monogames (Schneider 1992).

[63] Voir par exemple celui de Felice Newman (2004).

les godes, les *sextoys*, les « ustensiles SM » ou le *fisting* apparaissent régulièrement dans l'érotica lesbien[64].

Je ne m'attarderai pas plus longuement ici sur les controverses politiques qui ont entouré l'apparition d'une discussion sur la sexualité lesbienne. Il est important de préciser néanmoins qu'en Allemagne aussi, l'émergence d'une visibilité de la sexualité lesbienne et des discussions sur le *safer sex* se sont faites de manière concomitante. La situation et les discours actuels sur la prévention lesbienne sont héritières de ces débats. A ce propos Meret raconte comment pour elle, dans les années 90, la sexualité lesbienne s'est rendue visible notamment par le biais d'une production pornographique lesbienne[65] émergente qui mettait alors en scène explicitement et volontairement les ustensiles du *safer sex*. Dans ce contexte, films pornos et *safer sex* opèrent tous deux d'une réification des sexualités lesbiennes (par l'image et par les risques qu'elles comportent) en dehors du régime d'énonciation (de la pornographie) hétérosexuel(le).

> „Nous avons fait des films sur ça; et les premiers pornos, les pornos lesbiens sont des pornos *safer sex* la *plupart du temps*. Tu y vois toujours des gants, des préservatifs par-dessus les *sextoys* etc. […] Le premier porno lesbien que nous avons tourné ici s'appelle „safe", c'est l'abréviation pour „Sapho's allerotische feministische Produktion" et là il s'agit entre autres d'un couple et moi je joue le rôle d'une infirmière qui informe sur le *safer sex* et qui tend le lubrifiant, les gants et les *toys* aux deux. "(Meret).

Dans la pornographie lesbienne, le *safer sex* intervient de différentes manières. Il peut apparaitre à l'image par le choix des actrices d'avoir ou de montrer un rapport *safer*; ceci participe à une politique de la production explicitée parfois en début ou en fin de film[66]. Dans d'autre cas, le *safer sex* peut être mis en scène dans un but clairement préventif. Le filme pornographique agit alors comme un médium de vulgarisation et d'érotisation du *safer sex* lesbien. C'est cette forme de « prévention sexuelle pornoïsée » (selon l'expression d'une informatrice) que décrit Meret.

Il semble, d'après certaines réactions entendues sur mon terrain, qu'une érotisation des méthodes préventives lesbienne apparaisse comme particulièrement importante parce que cette dernière implique des objets qui initialement ne sont pas conçus pour le rapport

[64] Cela est d'autant plus flagrant que les manuels sexuels ou les brochures préventives hétérosexuelles ignorent généralement ces aspects.

[65] Il faut entendre ici les films produits (généralement par des femmes) pour des femmes (ou des personnes à identification féminine) ayant des rapports sexuels avec des femmes. Ce qui n'inclut donc pas les représentations du sexe ou de l'érotisme entre femmes destinées à un public masculin et/ou hétérosexuel.

sexuel. Vera avoue par exemple que, bien qu'elle les utilise, elle a toujours pensé que les gants « ça faisait quand même un peu : bonjour je suis votre gynécologue ». Une érotisation du *safer sex* et de chacun des objets qu'il emploie permet de les sortir du cadre de leur utilité initiale et de les inscrire dans la sexualité plutôt que dans le registre du médical.

Finalement l'emploi du *safer sex* lesbien, tout comme les moyens préventifs dans d'autres types de sexualités, introduit dans les rapports intimes des objets porteurs de significations. Cela peut rendre leur mise en pratique problématique en ce qu'ils exigent souvent que le rapport sexuel soit discuté. Une communication ouverte sur les pratiques sexuelles dans le cadre d'un rapport entre femmes est rendue d'autant plus difficile pour certaines que le sexe lesbien est peu thématisé publiquement. De plus, comme l'évoquent plusieurs interlocutrices, l'exigence d'un rapport protégé entre femmes ne peut se dissimuler derrière une utilité contraceptive comme le préservatif. Gants, digues et préservatifs restent alors, s'ils ne sont pas érotisés, le symbole de la maladie introduit dans l'intimité.

Par son exigence d'une discussion sur le sexe et les pratiques ainsi que de son besoin d'une érotisation, le *safer sex* lesbien agit en visibilisateur de la sexualité lesbienne dans sa diversité. Cet effet est clairement ressenti par Masha :

> „ Je pense que maintenant j'ai intégré le *safe sex* comme faisant partie de la sexualité lesbienne, car en parler m'a en plus permis de parler de pratiques sexuelles proprement lesbiennes (comme le tribadisme) ou plus largement répandu chez les lesbiennes que chez les hétéros comme le *fisting* que je ne connaissais pas, que je ne visualisais même pas. " (Masha, 25 ans).

D'autres interlocutrices comme Jutta et Sonja, qui sont dans des relations dans lesquelles elles n'utilisent généralement pas de méthodes de protection, me racontent notamment qu'elles choisissent de temps à autres d'avoir un rapport *safer,* d'une part, pour « s'entraîner » et « tester » le matériel mais aussi parce que « c'est amusant ». Le *safer sex* est alors intégré dans leur sexualité non seulement comme moyen préventif mais aussi dans le régime de l'érotisme pour ainsi dire au même titre qu'une autre pratique.

Après ce tour d'horizon des risques lesbiens thématisés par les brochures préventives lesbiennes, des méthodes de protection disponibles et leur contexte d'émergence

[66] C'est le cas, par exemple, dans le film d'Emilie Jouvet « One Night Stand » (2005).

international, il s'agit de porter un regard sur la manière dont les conceptions du risque ont été élaborées dans différentes sphères de la scène lesbienne berlinoise. Il me semble que l'héritage des débats autour de la sexualité lesbienne devient prégnant lorsqu'on considère dans quels espaces et réseaux sociaux un discours sur le risque lesbien se produit : nous verrons petit à petit que durant mon terrain à Berlin, les discussions autour du *safer sex* se sont montrés moins explicites dans les associations lesbiennes que dans des espaces « non officiels » de la scène lesbienne et que l'on peut qualifier de pro-sex.

Prévention lesbienne dans les institutions et associations berlinoises

Lors de mon arrivée à Berlin, je me suis attachée à trouver, dans un premier temps, les institutions actives dans l'espace LGBT se consacrant aux questions de la prévention sexuelle pour femmes ou qui seraient susceptibles de fournir des informations à ce sujet. Tout en cherchant ainsi une entrée dans mon terrain, j'ai entrepris ce premier tour d'horizon dans l'idée d'éclaircir un risque toujours peu intelligible à mes yeux. S'est alors dessiné, petit à petit par cette première incursion, une cartographie des associations et points de conseils pour personnes LBTQ ; une cartographie également des différentes réactions à la thématique de la sexualité entre femmes et du VIH qui s'avèrera finalement être, en quelque sorte, une cartographie des silences.

Le paysage associatif LBTQ de Berlin se déploie sous différents axes thématiques. Il y a les associations de soutien de la vie LGBTQ (*Elldorado, LSV, Sonnatgsklub*), celles qui s'occupent de l'éducation, de sensibilisation et du soutien aux jeunes LGBTQ (*Abqueeer, Kombi, Lambda Berlin*), celles qui s'adressent aux lesbiennes migrantes (*Lesmigras*) ou celles qui s'adressent aux lesbiennes âgées ou handicapées (*Rad und Tat*). Je me suis consacrée également à la recherche d'institutions ou de centres de conseils s'adressant moins spécifiquement à un genre ou une identité sexuelle et se préoccupant plus particulièrement de questions liées à la santé ou la prévention contre le sida (*Pluspunkt, Deutsche Aids Hilfe, Aids Hilfe Berlin, Orden der Schwestern der perpetuellen Indulgenz, Feministisches Frauengesundheitszentrum*).

De manière générale, les centres de conseils antisida disent être peu confrontés à la question de la transmission sexuelle du VIH entre femmes. La plupart d'entre eux m'ont renvoyé au centre de conseil pour lesbiennes (*Lesbenberatung*). La *Deutsche Aids Hilfe* (aide allemande contre le sida) m'a renvoyé à *l'Institut Robert Koch* et à leur matériel

d'information – qui soi-dit en passant ne s'adresse pas aux lesbiennes et qui d'ailleurs n'est plus disponible sur leur site internet. A la *Aids Hilfe Berlin* on m'a répondu qu'à ce sujet l'association ne faisait que de la « prévention secondaire » (c'est-à-dire sur demande). Leur collaboratrice m'a conseillé de me procurer la brochure d'information « Wer lutscht schon gern ein Dental Dam» (1998) édité pour les femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes mais qui est épuisée depuis 2003[67]. Plus tard, Britta qui a longtemps travaillé en tant que bénévole chez les *Sœurs de la Perpétuelle Indulgence*[68] et chez *Aids Hilfe Berlin*, me confirmera à quel point les actions et programmes de ces associations ne s'adressent pas aux lesbiennes (et ne sont en fait pas préparés à une confrontation avec la question) :

> „Je dois dire qu'avec les *Sœurs de la de la Perpétuelle Indulgence* nous avons parfois distribué des gants [lors d'évènements publiques]. Mais chez la *Aids Hilfe* il n'y a que des préservatifs. Certaines lesbiennes sont contentes et les prennent, mais beaucoup aussi s'énervent et ont l'impression qu'on se fout d'elles. Et j'ai travaillé par exemple aussi au CSD[69], ou au festival de rue gay et lesbien et là tu rencontres le même problème : Tu abordes des lesbiennes, qui d'abord sont contentes, ensuite elles voient que tout le matériel préventif est prévu pour les gays et là elles sont fâchées et vexées. " (Britta, 33 ans).

Les associations LGBTQ, de leur côté, m'ont répondu globalement qu'elles « ne faisaient rien à ce sujet », « n'étaient pas actives dans ce domaine » et m'ont indiqué régulièrement la *Deutsche Aids Hilfe* ou la *Aids Hilfe Berlin* et très fréquemment la *Lesbenberatung* comme sources de renseignement. Seul *Lambda Berlin* (réseau pour la jeunesse LGBTQ) a mis sur pied un programme de sensibilisation aux questions de prévention sexuelle qui s'adresse également aux jeunes filles à travers des *workshops*[70].

Bien que ma quête ait été reçue avec attention et intérêt dans la plupart des associations, je n'ai obtenu que peu de réponses tangibles à mes questions. Le serpent semblait se mordre

---

[67] La plupart des points de renseignements renvoient à la brochure "Wer lutscht schon gern ein *Dental Dam* ? Information für Frauen die Sex mit Frauen haben" édité par la DAH en 1998 (3ème édition), épuisée depuis 2003. Jusqu'en avril 2009, elle constituait la dernière référence en date disponible à Berlin (sous forme de photocopies).

[68] Les *Sœurs de la Perpétuelle Indulgence* ont été fondées à San Francisco en 1979 par un groupe de militants gays. Aujourd'hui des couvents se sont ouverts partout dans le monde. Unies au sein de l'Ordre de la perpétuelle indulgence, les associations utilisent l'image des religieuses catholiques de façon festive et théâtralisée pour lutter contre les exclusions et contre le sida en apportant leur aide et en répandant des messages de prévention par la promotion du *safer sex.*

[69] Le *Christopher Street Day* (CSD) est aussi appelé *Gay Pride*, et désigne la célébration annuelle LGBT qui a lieu dans plusieurs grandes villes du monde. Le nom, *Christopher Street Day*, fait référence aux émeutes de Stonewall contre un raid de police dans le quartier gay à New York, en 1969.

[70] Une visite prolongée chez *Lambda* n'a cependant pas été possible pour des raisons pratiques.

la queue. J'ai néanmoins reçu quelques renseignements à la *Lesbenberatung*[71], centre de conseil et d'écoute psychosociale professionnel, actif à Berlin depuis 27 ans.

Bien que son nom semble cibler une clientèle lesbienne, le centre accueil sur rendez-vous femmes s'identifiant comme hétérosexuelles, lesbiennes, bisexuelles, transsexuelles ou queer se tournant vers lui pour des questions relatives à toutes sortes d'aspects de leur vie. Néanmoins, chaque collaboratrice est spécialisée dans le traitement de certains points plus spécifiques, tels que le désir d'enfant, le *mobbing*, la violence ou le *coming out*. Cette répartition des tâches parmi les collaboratrices définit ainsi les aspects principalement traités par le centre. Ni la santé, ni la sexualité ne figurent de manière explicite parmi les thématiques listées sur le prospectus de la *Lesbenberatung*.

Le centre manque crucialement de matériel informatif sur la prévention à distribuer, m'a raconté Paula, collaboratrice à la *Lesbenberatung*. La dernière brochure en date sur le s*afer sex* (« Wer lutsch schon gern ein *Dental Dam* ?») est épuisée depuis plus de cinq ans. Par conséquent, la prévention, bien qu'estimée importante, est faite sur demande individuelle. Cette lacune touche tous les organes de conseil et découle à la fois de l'absence de prévention au niveau publique et d'un désintérêt au sein de la scène lesbienne elle-même, dit Paula[72].

> „Le *safe sex* pour les femmes est une thématique continuellement et invariablement peu appréciée. „ (Paula).

Pourtant, selon elle, la prévention est une thématique qui surgit, si ce n'est fréquemment du moins régulièrement, dans les questions adressées au centre. Elle peut surgir en soi dans les questions posées à la *Lesbenberatung*. Dans ce cas, explique Paula, elle prend fréquemment la forme d'une interrogation sur les taux de risques de transmission. Plus couramment cependant, elle apparaît transversalement dans la plupart des aspects traités par le centre.

Même constat de « vide » au *Feminsitisches Frauengesundheitszentrum (FFGZ,* centre de santé pour femmes), où la réceptionniste m'annonçait d'emblée que la thématique du sida et des lesbiennes n'est pas traitée par le centre[73]. La section « sida » de leur bibliothèque a

[71] En français : centre de conseil pour lesbiennes.

[72] En regard d'une demande malgré tout constante sur les questions de prévention, la *Lesbenberatung*, en collaboration avec la *Deutsche Aids Hilfe* a pris l'initiative l'année passée de réactualiser la brochure « Wer lutscht schon gern ein *Dental Dam* ?». La nouvelle édition est disponible depuis ce printemps 2009 au près de la *DHA*.

[73] Ou plus depuis longtemps, du moins. Il semble que dans les années 80-90 quelques actions de prévention aient été entreprises par le centre avec plus ou moins (plutôt moins) de succès au près du public concerné.

été dissolue et transmise aux archives lesbiennes de la ville. Plus tard, l'une des collaboratrices m'expliquera que lorsqu'il s'agit de questions relatives à la sexualité de manière directe, le *FFGZ* renvoie à la *Lesbenberatung* ; étant donné que « le centre traite des questions de santé, et non pas de sexualité ».

Une thématique de la sexualité peu visible

Ce premier tour des associations laisse entrevoir la place que peut occuper la prévention sexuelle dans les programmes associatifs LGBT à Berlin. A quelques exceptions près (la *Lesbenberatung* essentiellement) les informations pratiques sur les risques et la prévention sexuelle entre femmes font défaut. A Berlin, non seulement la dimension actuelle mais aussi la dimension historique de la thématique « lesbiennes et sida » et son évolution est *a priori* difficilement visible ; cela même dans les institutions mémorielles (archives, musées). Ce point ressort, entre autres, de l'exposition temporaire « L-Projekt. Lesben in Berlin von den 1970ern bis heute» au *Schwulen Museum* (Musée Gay) : Du 22 août au 8 décembre 2008 l'exposition traitait de l'histoire des mouvements lesbiens de Berlin par thèmes[74] à partir des années 70 - début de la visibilisation des lesbiennes par les lesbiennes - jusqu'à *The L-Word*[75]. La thématique de la santé est restée absente de la mise en scène.

Au cours de cette première exploration à travers la ville j'ai vite eu l'impression de tourner en rond ; j'ai eu le sentiment parfois d'être arrivée après la tempête pour ne trouver que les vestiges d'une discussion sur la prévention lesbienne autrefois plus animée : les ouvrages du *FFGZ* sur le sida et la sexualité lesbienne ont été déplacés aux archives, les quelques flyers et annonces de conférences archivés sur le sujet datent des années 90, les manuels conseillés par les associations sont épuisés. Une remarque de Meret sur les débats sur le sida et la sexualité lesbienne m'a d'ailleurs confirmé mes impressions :

> „C'est simplement plus tellement un sujet d'actualité en ce moment. Et je trouve ça bien aussi, que ce ne soit pas tout le temps… tu sais…qu'il y ait un peu une accalmie. Parce que ça avait aussi pris un peu la forme d'une hystérie. " (Meret)

[74] Dans l'ordre : «Lesbiennes et violence », « lesbiennes et masculinité », « lesbiennes, politique et espace publique », « lesbiennes et église », « lesbiennes et RDA ».
[75] *L-Word* est une série télévisée américaine en six saisons consacrée aux aventures d'un groupe d'amies essentiellement lesbiennes.

Qu'il s'agisse de statistiques épidémiologiques ou des recherches en archives, les pistes d'informations obtenues auprès des associations et institutions officielles sont rarement orientées sur la pratique[76]. La prévention n'est pas discutée directement mais reléguée dans le domaine « à part » de la sexualité lesbienne ; celui-ci se trouve alors placé à la fois dans un ailleurs plus privé et en dehors des discussions sur la santé ou de l'orientation sexuelle. L'information est fournie sur demande et souvent par le biais de brochures - parfois pourtant vieilles et poussiéreuses.

C'est à se demander pourquoi le *safer sex,* et par extension la sexualité lesbienne, se situent toujours « en dehors » des champs d'action de l'histoire, de l'éduction, de la sensibilisation, de la lutte contre la discrimination ou même de la santé et de la prévention contre le sida.

Cet état de fait révèle, selon moi, une difficulté à aborder le sujet de la sexualité lesbienne. Difficulté qui transparait alors même dans le réseau associatif LGBT et qui contraste pourtant avec un lien fort, établi entre le risque VIH et la sexualité (lesbienne) à la fois dans le discours des institutions berlinoises consultées et chez mes informatrices. Ce lien se manifeste, par exemple, clairement dans les réponses obtenues au *FFGZ* qui, à ma demande de renseignement sur le sida et les lesbienne, me répond spontanément qu'il « ne traite pas de sexualité ». Il est perceptible également dans beaucoup de brochures préventives lesbiennes (parmi celles sur lesquelles j'ai pu mettre la main) qui s'axent principalement sur la protection contre un risque de transmission sexuelle[77].

Un nouveau paradoxe vient complexifier ici la question de la prévention lesbienne : le risque lesbien face au VIH est à la fois un risque désexualisé et sexualisé. La prévention publique conceptualise la sexualité lesbienne comme étant « sans risque » (attesté) et le risque lesbien comme dépendant d'activités qui se situent en dehors du rapport sexuel entre femmes (rapport hétérosexuel, partage de matériel d'injection). Le risque, dans ce contexte est montré comme étant désexualisé (alors qu'il est sexualisé pour le reste de la population). Dans la scène lesbienne, en revanche, le risque d'une transmission, bien qu'il soit peu traité au niveau associatif, est perçu comme étant fortement sexualisé puisque

[76] Les associations semblent se préoccuper en premier lieu d'acquérir une reconnaissance sociale ; les questions de discrimination et d'intégration des « modes de vies LGBT » se trouvent en tête de leurs pôles d'activités.

[77] Cette emphase sur le risque sexuel dans les manuels préventifs lesbiens repose certainement également sur le fait que la transmission sexuelle et la prévention par le *safer sex* exige d'avantage d'explications (techniques et pratiques) que la transmission et prévention possibles lors d'une insémination artificielle « artisanale » ou lors de l'échange de matériel d'injection - ces deux pratiques impliquant respectivement sperme et sang, autrement dit deux substances dont le pouvoir transmissif n'est pas remis en cause ; je reviendrai sur ce point plus loin dans le texte.

directement associé au rapport sexuel. Cela malgré une incertitude toujours pas clarifiée sur l'ampleur d'un risque de transmission sexuelle entre femmes.

Un risque non élucidé

Les associations, visiblement, ne résolvent pas la nébuleuse autour des risques d'une transmission dans un rapport sexuel entre femmes. Les centres et points de renseignements ne peuvent répondre que partiellement au désarroi de certaines de mes informatrices. Pour Sonja, par exemple, les informations obtenues dans le centre de conseil pour lesbiennes servent davantage à conforter les personnes face à un risque qui demeure peu précis que d'éclaircir celui-ci.

> „Je suis toujours très incertaine en ce qui concerne le risque. Ce manque de savoir à été un peu fondé et conforté par la *Lesbenberatung* - pour que je ne me laisse pas complètement déconcertée par ça… Mais je remarque que cette incertitude est toujours là […] mais il devient visible aussi que ce n'est pas dû à un déficit personnel, mais qu'il semble que ça repose sur un problème général. " (Sonja, 31 ans, étudiante en études genre, se dit active dans la « scène queer » depuis quelques années).

Safer sex : nécessité ou paranoïa ?

En regard à ce risque difficilement cernable, les réactions dans la scène lesbienne sont éclectiques, s'opposant parfois de manière radicale.

Hollibaugh (1995) met en lumière différentes attitudes face au sujet au sein de la scène lesbienne américaine. Certaines femmes s'identifiant en tant que lesbiennes dénient toute vulnérabilité face au VIH, faisant ainsi de la question du comportement à risque entre femmes une question négligeable, irréel et inconnue. Cette construction d'immunité est basée sur deux notions inter-reliées du risque (découlant des discours qui sont apparus au cours de l'histoire de l'épidémie): l'une est fondée sur la conception du sexe lesbien comme « safe » (donc sur une définition comportementale du risque), l'autre repose sur la croyance que le sida est une question qui ne concerne pas les lesbiennes (donc sur une définition en termes d'identité sociale de groupe). Dans le deuxième cas de figure il y a confluence entre immunité et identité qui dans son élan oublie que les lesbiennes peuvent connaitre d'autres voies d'infection ; autrement dit, qui ignore la multiplicité des modes de

vies de celles qui s'identifient comme lesbiennes et le fait que les personnes en question peuvent également s'injecter des drogues ou avoir des rapports hétérosexuels.

Dans un contexte dans lequel le sexe lesbien est considéré comme intrinsèquement « safe » et les lesbiennes (en tant que « groupe ») comme étant à l'abri d'un risque de transmission, les lesbiennes séropositives ont tendance à être marquées comme « outsider » de la « vraie identité lesbienne » (Hollibaugh 1995 : 225). Leur statut séropositif est souvent associé à une transmission par voie hétérosexuelle et donc à des activités sexuelles qui les excluent de la catégorie « lesbienne » homogène et hermétique (autrement dit « pure »). De telles conceptions sur la catégorie « lesbienne » peuvent amène à une stigmatisation des bisexuelles comme partenaires moins « safe » (voire comme vectrices de la maladie), puisqu'elles font le pont entre la population hétérosexuelle (à risque) et la population «lesbienne» (comprise comme pure et sûre) (Gorna 1996 : 359). Aucune observation ou interaction sur mon terrain ne m'a cependant laissée déceler une telle stigmatisation de la bisexualité. L'idée d'une identité lesbienne invulnérable aux IST ne s'est pas concrètement dégagée de mon terrain à Berlin[78].

La conception d'une sexualité lesbienne « safe » (par rapport au VIH), en revanche, a pu ressurgir dans certains contextes comme par exemple dans l'article « Positiv leben » dans un numéro de *Lespress* (Leuschen 2005/2006) qui présente le portrait d'une lesbienne séropositive, Nicole. Son histoire est dépeinte sur deux pages, dressant une biographie terrible qui raconte que son infection est due à des viols répétés perpétrés par son père. L'article retrace ensuite le vécu de Nicole avec le VIH. Il n'est fait aucune mention d'une peur éventuelle d'un risque de transmission du virus à sa partenaire. Nicole raconte néanmoins qu'elle pratique le *safer sex* avec sa copine ; cela non pas pour prévenir une transmission du VIH mais pour se protéger elle-même d'autres IST soi-disant anodines pour sa partenaire séronégative mais qui lui seraient fatales à elle en raison de son immunodéficience. Le rapport sexuel entre femmes est ainsi présenté comme « safe » à la fois du point de vue d'un risque VIH (en toutes circonstances) et d'autres IST (s'il a lieu entre femmes en « bonne santé »).

Dans d'autres cercles lesbiens, plus activistes, précise Bourcier (2006 : 52), le message sur le risque de transmission et la prévention se trouve à l'antithèse d'une immunité lesbienne présupposée : « dans ces ateliers éducatifs généralement organisés par des femmes pour des femmes dans le circuit militant féministe ou post-féministe pro-sex, l'interrogation sur la transmission du VIH n'était pas centrale et largement éclipsée par un seul mot d'ordre :

[78] Son existence a cependant été évoquée par certaines de mes informatrices.

être sûre à chaque rapport sexuel ». Cette emphase mise sur les méthodes préventives lesbiennes pour tout contact sexuel a été qualifiée de « latex lesbianism » (Gorna 1996) et a conduit à des débats virulents au sein du milieu activiste anti-sida ou lesbien. Robin Gorna, activiste anti-sida anglaise, a notamment formulé une critique acerbe autour des revendications militantes pour une prévention lesbienne visible.

De manière générale, j'ai pu constater sur mon terrain un hiatus entre celles qui prônent une protection par le *safer sex* et celles qui s'énervent de voir autant de temps et d'énergie investie dans un problème qui « ne relève pas d'une thématique lesbienne » [79] ou qui rigolent - littéralement [80]- d'une forme de paranoïa exagérée. En effet, globalement il persiste des zones de doutes relativement évidents sur les risques que comportent notamment la pénétration digitale ou le sexe oral en dehors de la période menstruelle ; autrement dit, sur les pratiques n'impliquant comme substance corporelle que les sécrétions vaginales. Ces zones de doutes se prêtent de manière particulièrement propice à des débats au sein de la scène lesbienne.

D'autre part, la probabilité d'un dommage futur - pour reprendre les termes de Luhmann (1993) - apparait comme particulièrement difficile à évaluer dans ce cadre. Une distinction nette entre risque et sécurité, par ailleurs artificielle selon Luhmann, est rendue impossible dans le contexte de la sexualité entre femmes. La décision d'une action de prévention relève alors d'un choix compliqué.

> „Certaines pensent jusqu'à aujourd'hui que le risque est vraiment très réduit […] les avis sont complètement divergents. On dit d'un côté que le risque n'existe pas, qu'il est en fait très difficile de transmettre le virus, et de l'autre on conseille de ne pas partager les serviettes de bain. C'est complètement absurde. Finalement j'ai aussi choisi de faire un teste et il a été négatif et c'était ok, mais tout ça est un peu […] vraiment fatiguant. Après qu'on ait pratiqué du *safer sex* avec ma copine pendant trois mois on a commencé à se dire: hé, les hétéros ne se préoccuperaient absolument pas de *safer sex* pour les pratiques que nous avons. Qu'est-ce qu'on fait maintenant ?" (Joan, 26 ans).

Cette incertitude sur le risque apparait comme déstabilisante pour certaines informatrices comme Joan. A l'opposition déconcertante entre une prévention hétérosexuelle et les

[79] Réaction relevée notamment par Hauer (1994) qui se base sur des données ethnographiques récoltées en Allemagne.

[80] Lors de notre entretien, Sonja me racontait à quel point elle s'est sentie seule avec ses préoccupations préventives après que l'une de ces partenaires sexuelles se soit moquée de sa proposition de pratiquer du *safer sex*.

informations fournis dans les manuels lesbiens s'ajoute des indications vagues et contradictoires sur les risques d'une transmission circulant dans la scène lesbienne elle-même. L'incertitude d'un risque produit et maintenu par des conseils changeants (dans le temps et dans l'espace) trouve alors pour Joan une résolution dans un teste de dépistage plutôt que dans une décision nette sur l'emploi ou non de méthodes *safer sex* à proprement parler.

Outre une discussion sur les méthodes de protection, c'est une discussion sur l'évaluation d'un risque particulièrement imprécis qui monopolise les entretiens[81]. J'émettrais donc ici la supposition que c'est en fait d'avantage le caractère changeant et peu défini du risque que sa présence qui pose véritablement problème. Cela s'illustre également dans ce que me disent Marina ou Jutta qui ont, ou ont eu, régulièrement des relations avec des hommes et qui envisagent la prévention lesbienne dans une comparaison à la prévention hétérosexuelle. Cette dernière apparait alors comme étant particulièrement claire (au niveau des pratiques à risque et de la méthode de protection) et ne demandant pas à être discutée. C'est en cela (plus que dans des pratiques préventives différentielles) que se situe la distinction majeure entre la question du sida dans la sexualité gay ou hétérosexuelle et la question du sida pour les lesbiennes. Alors que la prévention générale se construit autour d'un risque affirmé[82], la prévention lesbienne est soumise à de fortes fluctuations en fonction du temps, des espaces d'énonciations et des locutrices (dans et hors de la scène lesbienne).

Risque lesbien : un espace d'interprétation

En regard de ces opinions divergentes et changeantes en fonction des points de vues et des acteurs « dans » et « hors » de la scène lesbienne et en l'absence d'une instance (biomédicale, associative ou activistes) capable de trancher la question du besoin d'une prévention lesbienne, le risque d'une transmission du VIH entre femmes reste en quelque sorte ouvert plus largement au jugement personnelle de chacune. En ce sens, le risque lesbien peut ici se présenter comme étant un espace d'interprétation dans lequel se construisent différentes « rationalités de protection » (Mendes-Leite : 1995). L'évaluation

[81] Alors que Bourcier (2006) affirme que dans les milieux pro-sex les interrogations sur le risque de transmission s'effaçaient derrière la volonté d'une protection continue et obligatoire, actuellement à Berlin la préoccupation d'« être safe » s'éclipse parfois derrière les questions sur le taux de risque de transmission.

de l'importance du risque selon les pratiques, du coût (matériel et social) de l'emploi d'une méthode de *safer sex* et d'une nécessité de protection varient de personne en personne. Bon nombre de mes interlocutrices affirment mettre en pratique une « prévention partielle » (selon leurs propres mots) : Certaines emploient des gants mais pas de digues dentaires, d'autres recourent à un teste de dépistage régulier mais refusent d'utiliser la panoplie des ustensiles du *safer sex.*

Comme le remarquent Dolan et Davis (2003 : 36) dans leur étude américaine, les comportements préventifs peuvent changer au cours du temps et en fonction des évènements : "[…] Many women draw from their own experiences with STI's, with work and volunteer activities, and with partners to modify the commonsense idea that lesbians are at no or at low risk. […]These observations suggest that interpretative frames open and close over time as people encounter new ideas and have new experiences." Certaines de mes interlocutrices soulignent leurs propres changements de positionnement face au risque et à la prévention. Marina, par exemple, met en évidence à quel point elle s'est radicalisée dans son utilisation du *safer sex* au cours même de la durée de mon terrain suite à l'infection au VIH d'une de ses connaissances. D'autres, comme Meret, affirment s'être peu à peu distanciées de l'idée d'une protection radicale et continue :

> „Je n'en connaissais aucune, vraiment aucune, qui aurait même pensé vaguement à ne pas pratiquer du *safer sex*. Je pensais la même chose. […] Je ne suis plus aussi stricte aujourd'hui mais je trouvais ça important. […] Et j'ai aussi des copines qui sont toujours aussi strictes là-dessus. Et s'est bien comme ça. Je veux dire, ce qui est important c'est que tu te confrontes à la thématique, que tu puisses te positionner. " (Meret).

J'espère avoir fait apparaitre jusqu'ici la coexistence de différentes versions du risque constituées dans et autour de la question de la sexualité lesbienne et du sida. Nous avons vu qu'en rapport aux mêmes pratiques, la nécessité d'une prévention peut être pensée et construite de manières diverses et mouvantes selon le contexte de son énonciation et des locutrices ; faisant ainsi du risque un concept complexe et polyphonique tant d'un point de vue théorique que empiriquement pour mes informatrices. Les tensions entre ces différentes versions du risque traduisent entre autres des conceptions variables de la sexualité lesbienne.

---

[82] Les risques de transmission dans une sexualité gay ou hétérosexuelle peuvent également comporter un certain nombre de zones de doute. Le discours préventif, néanmoins, reste clairement plus assertif dans ce cadre qu'il ne l'est dans une prévention lesbienne.

CHAPITRE III : Différents niveaux d'officialité de la prévention lesbienne

Comme nous l'avons vu, la prévention lesbienne, au contraire de la prévention hétérosexuelle, n'est pas une thématique qui vient à nous par elle-même. Avant même qu'une gestion du risque de transmission puisse intervenir, la conscience de la thématique dans le cadre d'une sexualité entre femmes doit émerger. Pour beaucoup de mes interlocutrices comme Sonja, Carla ou Marina, la sensibilisation à l'existence d'un risque ou au *safer sex* s'est faite au travers de leurs cercles d'amies, de rencontres ou d'un évènement déclencheur.

> „Honnêtement je n'ai été confrontée à la thématique que plus tard, par hasard, par une copine. J'ai jamais réalisé l'existence du *safe sex* avant ça." (Sonja)

> "En fait je vivais dans un squat…et seulement le premier étage était mixte au niveau des genres, le reste de la maison, environ vingt personnes… il y avait là un espace femmes-lesbiennes-trans*. Et il y avait un poster qui disait quelque chose comme "can a kiss kill somebody ?", ça rendait attentif à … ouais, par exemple, si tu as de l'herpès et que tu embrasses quelqu'un qui est séropositif, ça peut vraiment être dangereux pour cette personne. Et l'affiche interrogeait aussi la supposition que les lesbiennes ne peuvent pas être infectées avec le VIH. Et en fait, je n'y avais pas vraiment pensé avant ça. C'était il y a environ deux ans." (Carla)

> „Je suis plus sensible au sujet du sida depuis six mois, depuis que je connais quelqu'un qui est séropositif. " (Marina)

Les institutions officielles et les associations LGBT n'étant visiblement pas toujours aptes à répondre aux attentes et aux questions qui émergent alors chez certaines femmes, le savoir élaboré sur les risques et la protection dans la sexualité lesbienne reposent sur différentes stratégies de recherche d'information.

> "C'est [une thématique] complètement individualisée ici. Moi même je tiens tout – quasiment tout – ce qui est matériel *safe sex* des Etats-Unis. " (Joan)

Pour Joan, qui a longtemps habité aux Etats-Unis, la confrontation à la thématique du sida à Berlin (recherche d'informations, achat de matériel etc.) constitue un parcours solitaire.

Ses connaissances se basent, dans ce cas, majoritairement sur un savoir construit par des recherches personnelles (sur internet). Pour d'autres de mes interlocutrices, la prévention s'est faite par bouche à oreille au sein de leurs cercles de connaissances.

> "Tout d'abord, je m'en suis absolument pas souciée, cette question de la prévention et des IST m'a traversé la tête par principe mais je ne m'en suis pas du tout inquiétée. Jusqu'à ce que mes copines lesbiennes (et féministes) me fassent une leçon de *safe sex*. L'intro était d'un air grave: et t'as fait comment pour te protéger? C'est en voyant leur sérieux que désormais je m'en inquiète. […] Disons donc que sans amies lesbiennes, pas de prévention." (Masha).

La prévention faite dans le cadre des cercles de connaissances, comme celle que relate Masha, comprend à la fois une sensibilisation au risque, des conseils sur le matériel à acheter (des gants noirs au lieu des gants blancs et poudrés) ainsi qu'un savoir faire technique (par exemple le fait que si on veut remplacer les digues dentaires par du filme alimentaire il faille éviter celui pour le micro-onde parce qu'il est troué). Des renseignements sur les points de ventes (comme le *sexshop* de Meret), les personnages de références en matière de sexualité lesbienne ou de prévention (comme Meret ou encore Pia qui anime des workshops sur le *safer sex*) sont accessibles à celles qui ont déjà une connaissance des lieux « non officiels » de la scène LGBT[83]. Ces différents lieux ne sont pas toujours directement abordables pour qui arrive d'ailleurs, comme moi. De plus, leur accès est limité à celles qui fréquentent la scène et par conséquent à celles qui s'identifient comme lesbiennes, bisexuelles, trans*, queer ou femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes et qui assument - du moins dans la scène - cette identification. Autrement dit, se préoccuper de *safer sex* lesbien implique une recherche particulièrement active et exige une identification à la fois *de* et *avec* la scène lesbienne et ses lieux susceptibles de fournir des renseignements. Cela nécessite à ce que la sexualité soit assumée par la personne en quête d'information et de matériel.

Comme le soulève Carla lors de notre entretien, à Berlin, les informations obtenues, la prévention fournie ainsi que la perception du risque peuvent varier non seulement en fonction de si elles se situent dans ou hors de la scène lesbienne mais également selon les différents espaces et réseaux sociaux à l'intérieur même de la scène.

[83] J'entends par là, les espaces qui ne sont pas dépendants d'associations établies.

> "J'imagine que dans la scène…dans la scène lesbienne-trans*, les gens qui vont à des [sex]*partys* et tout ça, ils ont une bonne notion [de ce qu'est le *safer sex*], mais il y a beaucoup de gens qui ne vont pas au partys, et … du coup ont aussi d'autres conceptions de ce qu'est le *safer sex*." (Carla)

L'importance du sentiment d'appartenance ou de l'attachement à un réseau social particulier comme facteur déterminant dans la reconnaissance d'un risque sexuel et dans l'emploi de méthodes préventives a été mis en lumière par certaines recherches menées notamment aux Etats-Unis dans les scènes gays[84] ou dans le contexte lesbien[85].
Dans ce qui suit, je tâcherai d'expliciter les contextes particuliers dans lesquels se situent les discours préventifs lesbiens auxquels j'ai eu accès sur mon terrain ainsi que les réseaux sociaux auxquels mes informatrices se sentent appartenir.

Les lieux de la prévention lesbienne

En dépit d'une prévention accessible plus facilement, ce sont les cercles de connaissances et ces lieux « non officiels » internes à la scène qui sont pris à contribution par mes informatrices dans les discussions sur le sida et la sexualité lesbienne. Ce sont les lieux comme le *sexshop* de Meret qui servent d'espaces de discussions et comme source de renseignements. J'émettrai ici l'hypothèse que l'existence de ces canaux d'informations informels sur la prévention (ainsi que le type de prévention qui y est faite, dans une certaine mesure) varient en fonction des cercles et de leur (auto)positionnement dans la scène lesbienne de Berlin. Masha, par exemple, semble faire un lien entre le positionnement lesbien-féministe de ses copines et leur préoccupation et vulgarisation de la prévention lesbienne (voir sa citation ci-dessus). Elle met en avant aussi, comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, que le discours préventif tenu par ses copines comporte inévitablement un discours sur la sexualité.
Au travers des positionnements identitaires (souvent politisés[86]), de leurs localisations sociales et des points de renseignements énoncés par mes informatrices, sont apparus des « espaces » qui offrent différents contextes d'émergence ou d'expression des discours sur le sida, la prévention et la sexualité.

[84] Voir notamment Ridge et al. (1997).
[85] Les recherches de Richardson (2000) et Dolan & Davis (2003) évoquent rapidement cet aspect.
[86] J'entends ici, compris et développés dans un discours public sur les identités et les sexualités.

Il apparaît clairement que ceux-ci ne se manifestent alors pas n'importe où dans la scène mais généralement là où la sexualité est d'emblée rendue visible, discutée, pratiquée, performée, politisée. Autrement dit, une discussion sur la prévention contre le VIH dans la sexualité lesbienne apparait plus facilement dans les espaces « pro-sex » de Berlin.

Ce que j'appelle provisoirement « espaces de productions de discours » se réifie dans les paroles de mes interlocutrices - mais aussi dans mes observations de terrain - sous la forme de « scènes » qui se distinguent alors de différentes manières de ce que j'ai nommé jusqu'ici la scène lesbienne. Si je problématise rapidement ici la notion de scène c'est que l'appartenance à une ou des scènes est centrale dans la définition que font mes informatrices d'elles-mêmes. Il s'avère que leur positionnement dans des scènes particulières est déterminant pour la forme que prend leur discours sur le *safer sex* lesbien.

Au fil de mon terrain, s'est cristallisé le fait que la grande majorité de mes informatrices est inscrite dans un cursus académique (beaucoup en études genre) et qu'elles s'auto-positionnent quasiment toutes dans différentes scènes spécifiquement nommées (et non pas simplement dans la scène lesbienne).

Les scènes LGBT et la scène lesbienne

L'espace social urbain de Berlin comprend différentes « scènes » (Linkepolitszene, Hardcoreszene, Punkszene, Grafferszene etc), nommées parfois dans la presse locale (par le *Tipp* par exemple) mais surtout dans les agendas évènementiels (www.stressfaktor.de)[87] tenus par les personnes qui les fréquentent. La scène lesbienne fait partie de cette mosaïque de scènes habitant le paysage berlinois.

Dans mes entretiens, la notion de « scène » est utilisée, selon la position d'élocution, à la fois pour désigner la « scène lesbienne ou LGBT» dans son ensemble[88], les lieux de sortie et de vie nocturne lesbienne[89], ou différentes scènes particulières qui sont alors spécifiées. La grande majorité de mes informatrices, plus que de se situer dans la scène lesbienne en général, se sentent appartenir à des scènes spécifiques et souvent politisées. Marina mentionne pour elle la «linkspolitische antifa-antira Szene" et la « radikale Queerszene », Jutta évoque la « queerlesbische Szene », Sonja se rattache à la « Queerszene », Anne à la « queer-feministische Szene », Kat à la « radikal-links-anarcho-queer-feministische

[87] Agenda de la « culture alternative » de Berlin.
[88] Par les *Sœurs de la Perpétuelle Indulgence*, par exemple, par mes informatrices parfois ou par moi-même dans ce travail.
[89] Par Pia ou la *Lesbenberatung*, par exemple, mais aussi dans l'article de Kosnick (2008).

Szene » et la « Trans*Szene » (pour ne nommer que ces interlocutrices-là). La distinction faite par Carla entre différentes scènes fournit un exemple de la manière dont l'espace lesbien berlinois peut être découpé.

> "A Berlin il existe plusieurs scènes lesbiennes-trans*, en fait. Et elles ne sont pas pareilles. [Je fréquente] en partie la scène queer autonome. Et en partie la scène queer plutôt académique. […] Et puis je participe un peu à la scène SM queer, mais plutôt en marge. " (Carla).

Alors que ces scènes se distinguent entre elles par leurs dénominations, leurs contours restent diffus. La plupart de mes informatrices, comme Carla, font une distinction entre des « scènes queer académique », « autonome », « queer-féministe » etc. Certaines – alors qu'elles fréquentent les mêmes lieux ou des lieux similaires – nomment « leur » scène de manières distinctes, introduisant une nuance individuelle révélant alors leur positionnement identitaire ou politique. Les évocations des différentes scènes restent parfois lacunaires et surtout changeantes selon les positions d'élocution et des locutrices. Cet aspect mouvant et diffus des scènes est relevé dans la recherche de Hitzler (2005). L'auteur conçoit alors ces dernières comme étant des réseaux relativement peu structurés et segmentés en différents groupes internes, gravitant et interagissant autour d'un intérêt commun.

L'analyse de la notion de scène proposée par Hitzler m'est utile pour penser et nommer les réseaux sociaux ou les « espaces de significations » (Slavin, 2004) qui se forment autour des identifications LGBT à Berlin. Sa définition (qui reste un peu rigide) ne me permet cependant pas de rendre justice à toutes les nuances mentionnées par mes interlocutrices. J'opère ici une simplification en considérant ces dernières comme étant différentes facettes (ou groupes) constitutives d'un espace symbolique de significations (Slavin 2004) aux contours diffus et aux circuits multiples. Je procède donc à leur assemblage sous la dénomination de scène « lesbienne queer-autonome » que j'expliciterai par la suite et qui, je crois, se légitime dans le cadre de ce travail par le fait que mes informatrices me mentionnent généralement des perspectives politiques semblables, des évènements et lieux physiques communs dans leurs descriptions.

Je fais par conséquent le choix de ne pas débattre plus longuement de la notion de « scène »[90], qui appellerait à des définitions et des controverses théoriques complexes. Je

[90] Plusieurs points me sembleraient intéressants d'approfondir ici : à savoir pourquoi la notion de communauté, contrairement à la notion de scène, n'apparait quasiment pas sur mon terrain berlinois; quelles définitions peuvent être faites de la notion de « scène queer autonome» en terme émiques plus précisément ;

me baserai sur l'emploi émique (pourtant labile) de la notion de « scène » par mes interlocutrices et sur une définition proposée sur le site internet d'un espace qui se dit « queer-autonome » (www.schwarzerkanal.de) et qui décrit la scène comme étant un « informal network of anti-capitalist queers ».

Faute de données ethnographiques et de place dans ce travail, l'évocation que je fais ici de ces scènes ne peut cependant rendre compte de la complexité de leurs définitions, de leurs dynamiques, de leurs distinctions (notamment entre la scène lesbienne et les scènes queer-lesbiennes-autonomes) et des discours qui s'y créent[91]. Une rapide description s'impose néanmoins. Car en montrant quelles « scènes » sont construites de manière dialogique, en évoquant où et comment ces « scènes » se réifient pour mes informatrices et comment elles s'articulent entre elles, il devient possible aussi de comprendre dans quel cadre se produit une discussion sur la sexualité lesbienne. Et par conséquent, quelle place une prévention peut y occuper.

La/les scène/s lesbienne/s-queer-autonome/s

Alors que toutes mes informatrices ne revendiquaient pas un engagement « actif » elles affirmaient toutes néanmoins s'affilier à une ou plusieurs scènes « autonomes » dans le sens où elles se distanciaient toutes sans exception (tantôt implicitement, tantôt explicitement) de ce qu'elles appellaient le « mainstream lesbien ». Au départ, j'ai cherché à éviter ce que je considérais être un biais méthodologique dans ma récolte de données dû aux mailinglists que j'employais pour entrer en contact avec elles. Je me suis efforcée de trouver des interlocutrices qui ne s'identifiaient pas avec une scène queer, féministes ou autonome et qui fréquentaient les lieux qualifiés de « mainstream » par mes informatrices (les soirées *L-Tune*, ou le portail www.lesarion.de par exemple). La prise de contact dans ces cadres s'est avérée difficile, le sujet des IST ne paraissant visiblement pas susciter beaucoup d'intérêt. Des discussions informelles que j'ai néanmoins pu avoir dans ces espaces, s'est dégagé l'avis général que le *safer sex* lesbien est souvent peu connu, peu thématisé et finalement peu populaire. Ceci s'est confirmé sur le site www.lesarion.de, qui propose pourtant quantité de groupes de discussions (sur le tout et rien de « la vie lesbienne ») mais sur lequel ni la rubrique santé, ni la rubrique sexualité (et encore moins

---

comment se structure, interagissent et se distinguent plus largement les différentes scènes dans l'espace urbain afin de situer plus clairement la dite « scène queer autonome ».

[91] Le terme « autonome » ne sera pas problématisé au-delà du sens qu'il prend dans son opposition avec le dit « mainstream ».

le sujet des IST) n'apparaît. Indépendamment des distinctions qui peuvent être faites entre le dit « mainstream » et les scènes nommées par mes informatrices, une opposition entre ces espaces s'est matérialisée, pour moi, notamment par les places différentes que semblent y occuper les discours sur les risques et la protection. Cette impression d'une importance et d'un contenu préventif différentiels selon les espaces s'est confirmée dans les paroles de certaines de mes informatrices qui affirment que « dans le mainstream on ne parle pas de *safer sex* » (Sonja, Anne, Joan). J'ai donc cessé de chercher des interlocutrices là où je n'en trouvais pas pour tenter de comprendre où un discours sur la prévention se manifestait.

Pour mes informatrices, indépendamment des discours préventifs différentiels qui s'y créent, la distinction entres les scènes et le « mainstream lesbien » se fait principalement en termes politiques. Elle se révèle dans une opposition entre la teneur commerciale des lieux « mainstream » et la perspective politique activiste, féministe, queer des scènes lesbiennes autonomes.

> " […] Il existe en quelque sorte une scène lesbienne mainstream, c'est sûre. Elle emploie également le terme « queer » mais plus pour des raisons de mode et non pas en rapport à une compréhension culturelle du queer. Et je ferais une différence nette aussi entre une scène active, qui la plupart du temps, en tout cas à Berlin, est motivée par une politique activiste de gauche et féministe…mais qui se rattache elle-même - et est à rattacher principalement - au spectrum queer. Mais il existe clairement des choses mainstream aussi, et des choses purement commerciales qui n'ont pas grand chose à voir avec. Mais il arrive que la „scène lesbienne mainstream" [elle signale elle-même les guillemets] fréquentent des évènements des groupes queer. Ça arrive de temps en temps." (Anne, étudiante de 25 ans, est active dans le *Ladyfest* depuis un an et se définit comme queer).

Cette opposition se matérialise également dans des évènements : la *Gay Pride*, organisée par l'association *CSD-Berlin*, est contrée par une *Off Pride* qui prend place dans les lieux de la « culture alternative » ; le festival annuel de films gay et lesbiens de Berlin *Verzaubert* (« Enchanté ») en février est concurrencé par un festival *Entzaubert* organisé dans les espaces alternatifs queer-lesbiens-trans* (Queerlesbentrans*räume) [92].

[92] *Entzaubert* ("désenchanté") se définit comme un « DIY Radical Queer Film Festival ». Il a eu lieu pour la troisième fois du 4 au 7 juin 2009 au *Schwarzerkanal*. Pendant la durée du festival, près d'une centaine de films sont projetés comprenant tous les formats, en allant des courts métrages pornographiques jusqu'au long métrages documentaires. (www.schwarzerkanal.squat.net)

Ces évènements s'allient alors souvent à une pensée revendiquée comme anticapitaliste, antifasciste et antiraciste. Fréquemment, ils prennent place dans les mêmes espaces physiques (Hausprojekte, WG's, Wagenplätze) et virtuels (www.stressfaktor.de) que d'autres scènes dites alternatives et contestataires comme la scène punk, la scène *Antifa*, ou la *Linkepolitszene* (scène politique de gauche).

Un regard sur le manifeste publié par le collectif *QUEER-O-MATIC*, qui organise des fêtes mensuelles dans un squat de la scène « alternative », permet de mieux comprendre le programme et le positionnement politique de celles qui participent à la scène queer.

> "This party series known by the name of *queer-o-matik* was conceived in a pub called WAF-salon in Berlin Friedrichshain sometime in the late summer of 2004. Three people met and realized that they never really liked going out in the mainstream lesbian-gay scene and particularly that these scenes are just so very expensive and exclusive in many other ways as well. Hence the glorious idea to set up an off-mainstream party with free admission and cheap drinks for all the freaks and queers and kings and queens and in-betweens who feel that way too. " (www.myspace.com/queeromatik)

Outre la volonté de se baser sur une organisation collective et consensuelle et de fonctionner sur un principe de solidarité anti-capitaliste (points explicités plus bas sur leur site), il se dégage de ce manifeste aussi une « ligne queer » que l'on retrouve de manière semblable dans d'autres groupements, collectifs et évènements occasionnels ou réguliers. Cette « ligne queer » est généralement conçue dans une dissolution des frontières de genre qui s'illustre notamment par la démultiplication des possibilités d'identifications[93] ou dans leur assemblage sous la dénomination *queer* dans une idée d'inclusion (« queers and kings and queens and in-betweens »). Sur les flyers, les sites internet et dans les *fanzines*[94] circulant dans la dite scène queer-lesbienne autonome la forme neutre allemande est appliquée de manière continue et remplace les pronoms et déterminants masculins ou féminins[95]; en anglais les pronoms masculins et féminins sont assemblés pour donner lieu à des formes non spécifiées du point de vue du genre[96]. D'autre part, les manifestes queers de/s scène/s

[93] Sedgwick Kosofsky (2008 : chap. I) explique que le développement de la théorie queer, contrairement à ce qui a pu en être dit, correspond en fait bien plus à une déconstruction de processus d'identification qu'à une déconstruction de l'identité. C'est le caractère indirect, instable, transitif de l'identification qui est mis en avant par le « queer ». Il s'oppose ainsi à un mouvement gay et lesbien qui se définit en termes identitaires essentialistes (quel qu'en soit l'origine qu'on lui donne).

[94] Fanzine : Contraction entre *Fan* et *Magazine*. Journal sans dépôt légal produit et distribué librement généralement au sein d'une scène et traitant de thèmes divers en fonction de son producteur.

[95] Par exemple « *das* Mensch » au lieu de « *der* Mensch », « Mensch muss » au lieu de « man muss ».

[96] She + he = s/he, her + his = hir.

revendiquent la lutte active contre les structures hégémoniques, les formes de discrimination, de sexisme, d'homophobie et de racisme (qui se trouvent même « sur les pistes de danse dans la scène lesbienne»[97]).

Ces quelques exemples tirés de la scène queer lesbienne autonome berlinoise reflètent les principales critiques formulées par la théorie queer[98]. A savoir, d'une part le refus d'une perspective hiérarchique binaire des genres (masculin-féminin) et des sexualités (hétéro-homosexuelle) qui constituent l'hétérosexualité en tant que régime normatif - fondant inévitablement des marginalisations. D'autre part, la théorie queer rend attentif au fait que la cohérence entre sexe, genre, désire et identité est généralement pensée comme une relation expressive, mimétique ou même causale (Hark 2005). Le queer cherche à remettre en question cette relation et défend l'idée que la sexualité, autant que le genre, est performée et construite socialement en fonction du sexe biologique. Autrement dit, elle met en avant la discontinuité radicale entre sexe-genre-désir-identité, revendique une désessentialisation des identités *et* postule une sexualité qui n'existe pas a priori.

L'affirmation de relations défiant les normes (hétéro)-sexuelles ou relationnelles participent, pour des informatrices actives dans la scène comme Carla, aux perspectives critiques du queer.

> "Dans les scènes lesbiennes-trans* dans lesquelles je suis impliquée [scène queer-autonome, scène queer-académique, scène queer-sm] il est plus normal d'avoir une relation ouverte non monogame que d'avoir *une* relation stable avec quelqu'un. Je ne connais quasiment personne qui vit comme ça. " (Carla)

Lors d'évènements réguliers (la projection hebdomadaire de films dans l'espace lesbien-trans* d'un squat) ou ponctuels (le *Ladyfest* ou la *Offpride*), les débats sur la portée et les perspectives politiques queer des activités organisées tiennent une place centrale. Ils émergent tant de manière informelle au bar de solidarité des squats queer-lesbien-trans* (*Soli-Tresen)* que formellement lors de workshops mis en place pendant les festivals. Par

[97] www.myspace.com/queeromatik

[98] Faute de place, je ne m'arrêterai pas sur l'émergence et les définitions de la théorie queer et sur les débats entre les tenantes de la théorie queer et le féminisme, qui reproche au queer la dissolution des identités et, par là, celle du sujet politique (Bourcier 2006 : chap.V). L'origine du projet queer académique s'inscrit aux USA, aux début des années 90, dans la continuité des recherches et des théories gays et lesbiennes et féministes-lesbiennes ainsi que dans une radicalisation des mouvements gays et lesbiens dans le contexte de l'épidémie du sida. Le queer remet en cause la politique identitaire des minorités lesbiennes et gays qui basent leurs revendications juridiques d'égalité sur une définition et une classification catégorielle des lesbiennes et des gays. En exigeant une égalité de droit « au nom » de leur différence, ces mouvements de politique identitaire réifient ces différences-mêmes et les stabilisent ainsi davantage, selon les auteurs queer (Hark, 2005).

ailleurs, des *fanzines* sont généralement à dispositions sur les tables dans les soirées et les *events* couvrant souvent divers aspects et thèmes politiques et théoriques[99]. Ils mettent en circulation les différents textes d'auteurs queer académiques.

Discours sur la/les sexualité/s dans la scène queer-lesbienne autonome : exemple d'un espace pro-sex

Si l'on considère que les personnes qui se sont montrées intéressées à parler de la thématique « sida et sexualité lesbienne » avec moi se positionnent quasiment sans exception dans cette scène autonome politisée, on comprend que le discours sur la prévention s'articule, à Berlin, étroitement à un discours politique sur les identités et les sexualités.

En effet, dans le cadre de cette scène, la sexualité est rendue visible quasiment en permanence et sous différentes formes : Dans l'un des squats queer de Berlin qui organise des soirées de projection ou des fêtes mais dont le but est aussi de soutenir différents « projets queer », certains évènements se financent par des ventes de « *Soli-Dildos* » (des godes « solidarité » dont les gains de ventes sont investis dans le financement d'autres projets) ; dans les annonces et les *fanzines*, tout comme dans les manuels de sexe lesbien, la sexualité SM, notamment, tient une place à part entière ; Certains évènements ponctuels comme la *Offpride* ou le *Ladyfest* proposent outre des films, des discussions et de la musique, des workshops sur la sexualité (« d.i.y[100] sextoys », « lesbian safe sex » « polyamory ») et parfois des performances burlesques, des *backrooms* ou des *sexpartys* pour un public queer-lesbien-trans*.

[99] « Bound to Struggle: Where Kink and Radical Politics Meet » (Simon Strikeback); « Out of the Closets, into the Libraries. A Collection of Queer Moments… » (Conrad); « The Transgender Liberation. A Movement Whose Time Has Come » (Leslie Feinberg); « Toward the Queerest Insurrection » (Mary Nardini Gang); « Feminism Postmodernism Animals » (Greta Gaard, Cathryn Bailey, Steve Baker), par exemple.

[100] Acronym pour *Do it Yourself*. Le *Do It Yourself* consiste en la création d'artefacts et d'évènements par et pour celles qui les consomment, en dehors des circuits commerciaux réguliers. Le DIY d'espaces comme le *Schwarzerkanal* repose sur l'idée d'organisations d'évènements et la réalisation d'artefacts (fanzines, tractes) en commun, sans structure hiérarchique, avec celles qui viennent fréquenter les lieux, de manière à ce que personne n'en soit seulement consommatrice.

Fig. 1 : Comix tiré des collections de Trouble X, dessinatrice-dessinateur qui se dit active-actif notamment dans la „radikal-links-anarcho-queer-feministische-Szene“, la „urban-art-Szene“ et partiellement dans la scène trans*.
http://www.myspace.com/troublextroublex

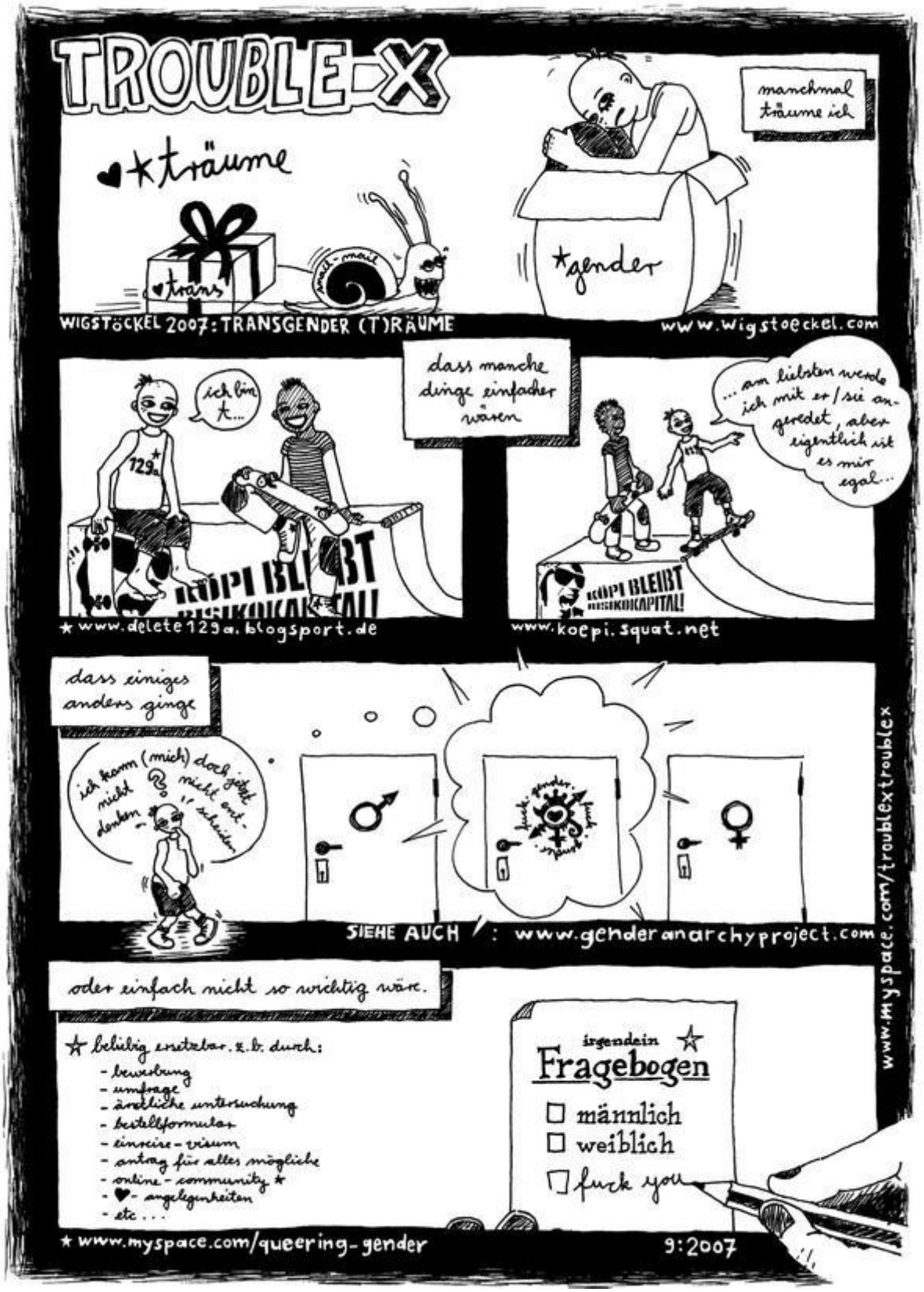

Fig. 2 : Comix tiré des collections de Trouble X.
http://www.myspace.com/troublextroublex

Ryan (2008), propose une analyse des performances burlesques queer comme il y en a eu lors de la O*ffpride* de cette année. L'auteur fait ressortir l'ampleur politique du discours pro-sex que celles-ci véhiculent dans la scène. Performeuses et performeurs emploient le burlesque pour promouvoir la performance érotique : stripteases, sketchs, textes, chansons et parfois méthodes *safer sex* sont mis en scènes par des danseuses, des danseurs, des *dragkings* et *dragqueens*. La performance burlesque, quand elle s'inscrit dans un cadre queer, participe à un contexte plus large de protestation contre la sex-négativité, contre la répression de la sexualité queer[101] en affirmant la possibilité érotique de tous les corps. Le contexte des performances burlesques permet un positionnement sexuel et une subversion des scriptes de la masculinité et de la féminité. Plus qu'une simple performance, elles deviennent le lieu d'une visibilité de la sexualité queer. Elles affirment un positionnement pro-sex et entrent dans un discours particulier sur la sexualité, l'identité (et la manière de les montrer). Le burlesque, en ce sens, écrit Ryan, devient un outil politique nuancé justement parce qu'il emploie le corps pour déconstruire des dichotomies telles que masculin/féminin, homo/hétéro, beau/laid, gros/mince, public/privé. Il entre dans ce que Bourcier (2006 :141) décrit comme étant moins une confrontation et une dénonciation directe des normes et des dichotomies que leur mise en scène théâtrale et parodique pour en exhiber les mécanismes. Le burlesque devient en ce sens un *show* politique parce qu'il expose par la performance corporelle hyperbolique les mécanismes sociaux d'exclusions et de catégorisations et visibilise à l'extrême les groupes ou minorités invisibilisés.[102]

La scène queer-lesbienne autonome, en offrant un espace à de telles performances, agit comme espace de production de discours sur les sexualités (lesbiennes entre autres) et sur les processus d'identifications ; les discours qui s'y forment et y prennent place se distinguent alors à la fois du discours des institutions publiques, de celui tenu par les associations LGBT « officielles » et de celui qui se manifeste (ou pas) dans le « mainstream lesbien ». C'est précisément dans le cadre de cet espace politisé que se créé aussi un discours sur les lesbiennes et le sida, ou sur le *safer sex* en général. Ce dernier est volontairement thématisé et montré dans des productions pornographiques comme celles de Carla, dans des *sexpartys*, dans les *playpartys* SM ou sur scène par les performances burlesques.

[101] L'auteur argumente que la performance burlesque, quand elle s'inscrit dans un contexte queer, en plus d'être pro-sex, s'articule à un débat historique entre tenants de la théorie féministe et tenants de la théorie queer sur l'éthique des représentations sexuelles.

[102] Ces derniers sont donc appropriés dans ce qu'ont peut alors qualifier de pratiques contre-discursives (Bourcier 2006 : 141).

> „J'ai remarqué que pendant tous ces festivals, les festivals *do it yourself* qui ont lieu dans la scène lesbienne, dans les cercles que je fréquente moi, donc plutôt dans la scène politique queer-féministe, il y a souvent des workshops – notamment sur la sexualité, les aspects de pratiques sexuelles, et dans ce cadre, le *safe sex* est quasiment toujours thématisé. Et le matériel est mis à disposition aussi. C'est présenté comme une évidence. " (Sonja)

Dans ces contextes pro-sex, raconte Sonja notamment, le *safer sex* est non seulement discuté (dans les workshops), mais il est aussi dédramatisé et rendu accessible. Par la mise à disposition du matériel préventif lors de *sexpartys*, leur utilisation est rendue normale. L'achat de la panoplie gants-digues-préservatifs-lubrifiants incombe aux organisatrices, allégeant ainsi la personne individuelle de cette tâche pas toujours aisée et facilement vu comme un obstacle à leur emploi. Il s'avère que le recrutement du matériel préventif n'est pas nécessairement plus simple pour les organisatrices :

> "Quand on a organisé la *sexparty* au S*chwarzerkanal*, on s'est dit : ok, il nous faut beaucoup de gants, de préservatifs et de lubrifiant et on ne peut pas les obtenir auprès de ces instances [les associations LGBT et les institutions comme la *DHA*]. Alors on est allée voir un groupe gay et ils nous ont donné beaucoup de choses…mais ce n'était pas vraiment ça… j'veux dire, il y a, à Berlin, quelques bons groupes [sous-entendu « groupes gays »]; ils vont dans les *sexpartys* et dans les bars et les clubs et distribuent des trucs mais…ce ne sont pas les mêmes trucs que dans la scène lesbienne-trans *." (Carla)

Cet épisode relaté par Carla est révélateur, une fois de plus, des lacunes qui entourent la prévention découlant d'une conception normative de l'hétéro-sexualité ou de la sexualité gay. Ce manque de thématisations des risques liés à une sexualité entre femmes (sur le plan publique et dans la scène lesbienne même) est clairement critiqué par la majorité de mes informatrices. Cela ne signifie pas pour autant qu'au niveau individuel et intime le *safer sex* soit infailliblement de rigueur pour elles. Ainsi la vulgarisation du sujet, que certaines de mes interlocutrices disent entreprendre au sein de leur cercle de connaissances (lesbiennes ou non), peut sembler s'apparenter davantage à une volonté de sensibilisation à l'absence de discussion sur la sexualité lesbienne qu'au besoin de prévenir d'un risque réellement craint.

Il apparait logiquement plus aisé de parler de pratiques sexuelles et de leurs risques corollaires dans un environnement dans lequel les sexualités et les corps sont rendus visibles, publiques et polymorphes. Autrement dit, il apparait plus facile de parler des

risques de transmission dans la sexualité entre femmes dans un environnement pro-sex, qu'il se définisse comme queer ou non.

> "J'ai le sentiment qu'à Berlin, il existe une scène lesbienne qui se pense queer, et qui ne vit pas dans des schémas relationnels hétéronormatifs „normaux". Et je ne sais pas comment un couple de lesbiennes qui habite quelque part dans la pampa dans une villa … qu'est-ce qu'elles pensent du *safer sex*. Je peux imaginer qu'il y a là une différence parce que nous ici, on a un rapport différent à la sexualité, différent que ce que la norme impose. " (Jutta, étudiante de 27 ans, habite dans une « colocation queer » et vit dans une relation ouverte avec une femme depuis un an).

Tel qu'il a été discuté dans le chapitre II, le discours préventif sur le plan publique se base sur la conception d'un rapport direct entre identité et comportement. Ceci amène à l'invisibilisation de pratiques pouvant être à risque de transmission mais qui ne sont pas mis en lien avec le public ciblé en tant que hétérosexuel, gay ou lesbien. Pour le dire autrement, la prévention sur le plan publique se heurte à des définitions identitaires se rattachant à des catégories comportementales sous-entendues et figées. En regard de cela, il n'apparait plus comme un hasard si le discours préventif et la thématisation des risques trouvent une expression plus aisée et plus large dans un environnement dans lequel la continuité entre sexe-genre-désir et identité est déconstruite. Ici les pratiques ne sont pas implicites aux définitions identitaires (désessentialisées) et demandent dès lors à être nommées. C'est cette explicitation et la discussion des pratiques sexuelles (lesbiennes, entre autres) qui rendent alors visibles leurs risques de transmission corollaires potentiels.
Comme le fait remarquer Jutta, la discussion sur le *safer sex* est intégrée, dans ce cadre, dans la critique adressée à la norme (hétéro)sexuelle et à une visibilisation des corps et des sexualités polymorphes. En ce sens, la discussion sur la prévention lesbienne s'articule non seulement à un discours politique mais *est* un discours politique sur la sexualité.

EN GUISE DE CONCLUSION

J'arrive ici à la fin de mon parcours de rédaction. L'analyse faite au cours de ce temps d'écriture à nécessairement impliqué une distanciation non pas par rapport à mes données mais à mon vécu de terrain. Il n'en demeure pas moins que mon travail a pris, inévitablement, la forme générale de mes déambulations à travers Berlin. J'ai sillonné les rues de la ville, j'ai emprunté ses métros, je suis montée dans ses immeubles, descendue dans ses squats, j'ai écouté ses murmures et ses rumeurs à la recherche toujours et parfois désespérément de tout élément tangible (ou non) sur la question du sida et du rapport sexuel entre femmes. J'ai assemblé ce que je pouvais : un flyer par ci, une brochure par là, une opinion, un hochement de tête, un résultat statistique, une adresse. Une large part de mon travail écrit reflète, je crois, cet assemblage hétérogène de choses et d'indices pris à contribution dans la construction de mon objet. Assemblage qui, je l'ai compris après coup, est à l'image de l'état de la question des risques dans la sexualité lesbienne.

Longtemps, sur mon terrain, je me suis inquiétée de ma procédure, de ne pas laisser venir mon objet à moi, d'aller le chercher, de le provoquer et de finalement ne le trouver que là où je le trouvais mais nulle part ailleurs. Quels effets allais-je induire dans mon objet par mon approche proactive qui, pour une part du moins, reposait également sur le désir de comprendre mon propre risque sexuel ? Comment pouvais-je, comme le dit Geertz (1996 : 18) sur le travail ethnographique en général, être à la fois voyageuse et cartographe ?

Au fil des rencontres, des discussions et des entretiens j'ai été amenée à constater que mes informatrices étaient confrontées aux même difficultés que moi ; que nous nous posions des questions similaires (« est-ce que c'est de ma faute si je ne sais pas en quoi consistent mes risques ? ») ; que nous employions toutes - moi pour ma recherche, elles pour elles-mêmes - des stratégies d'assemblage et d'échanges d'informations semblables. C'est à travers elles, en écoutant leurs récits, leurs préoccupations et beaucoup leurs questions que j'ai finalement pu - non pas déterminer mon risque qui en somme n'a fait que se complexifier - mais cerner mon objet tel qu'il est : fuyant, changeant, imprécis, diffus, empli de paradoxes, de silences et de zones d'ombre. C'est en emboitant le pas à mes interlocutrices et en empruntant leurs chemins que j'ai pu situer mon objet dans ses divers statuts, les espaces et les formes sous lesquelles il se présentait.

En dépit d'une réponse précise et concrète sur les besoins ou non d'une prévention contre le sida dans un rapport sexuel entre femmes, je sais aujourd'hui quelles sont les possibilités de positionnement face à la question. Car comme le suggérait Meret, ce qui est important

c'est avant tout de se positionner. Positionnement qui prend alors non pas la forme d'un « oui » ou d'un « non » aux méthodes de *safer sex* mais bien celle d'une reconnaissance de l'existence de la question et de son importance tant sanitaire que politique. A moins que ce ne soit la même chose ?

Le but ici a été d'évoquer où et comment se manifeste un discours préventif lesbien et de rendre compte de sa teneur et de ses statuts. J'espère avoir défini quelles actrices il implique et dans quels espaces il se meut ; j'espère avoir esquissé ses silences sans faire, comme le suggère Sedgwick Kosofsky (2008), de partage binaire entre ce qui en est dit et ce qui n'en est pas dit mais d'avoir montré différentes manières de les dire ou de ne pas les dire. Cela afin de signifier la complexité de la question du sida en rapport à la sexualité lesbienne.

Le discours préventif, outre son rôle de visibilisation des risques et des moyens de protections, agit comme un discours sur les sexualités. Dans le cadre de la sexualité entre femmes, il s'inscrit plus largement dans la problématique des lesbiennes et du corps médical, de la médecine, du savoir et du pouvoir. Les discussions sur la nécessité de méthodes *safer sex* fonctionne alors comme un lieu de cristallisation de ces facteurs et des conceptions sur la sexualité et les identités.

De mon analyse de terrain émergent principalement trois types de discours préventifs concernant la sexualité entre femmes. Celui tenu par la prévention publique est difficile à dénicher. Souvent il est simplement absent – comme sur les affiches produites par la *Deutsche Aids Hilfe* ou par *Stop Sida Suisse* par exemple. Parfois il prend la forme d'un discours « minimisant » décrivant les risques d'une transmission du VIH comme une probabilité extrêmement mince (si ce n'est inexistante). Il réduit du même coup la sexualité lesbienne à des pratiques douces, non pénétratives et (à la limite) orales qui valent à peine d'être mentionnées. L'absence de la problématisation du risque lesbien dans la prévention publique est révélatrice, me semble-t-il, d'une impossibilité de parler de la sexualité entre femmes en tant que sexualité. Cette difficulté, associée à la lacune du savoir biomédical sur la question de la transmission du VIH entre femmes, se retrouve dans une certaine mesure au niveau associatif et institutionnel dans la scène lesbienne. Il en ressort une posture ambigüe de certaines institutions qui, d'un côté, ne thématisent pas explicitement le risque et de l'autre ne peuvent complètement l'ignorer. Alors que l'incertitude autour des risques dans la sexualité lesbienne est reconnue et discutée régulièrement sur demande (du moins à

la *Lesbenberatung*) ou au travers de brochures, la thématique du sida n'apparaît que peu dans les programmes et les préoccupations associatives. Par conséquent, la prévention contre le sida reste souvent peu intelligible et contradictoire selon les brochures ou les associations interrogées.

La prévention lesbienne produite par les associations LBTQ aujourd'hui à Berlin s'axe de plus en plus sur d'autres IST dont le risque de transmission est présenté, dans les manuels, comme étant avéré. Ce constat est visible dans la brochure *Frauenlust* mais est également mis en avant par quelques informatrices ; notamment par Pia qui centre ses workshops autour d'une prévention contre les IST (de façon générale) et non pas principalement sur le sida. Contrairement au risque de transmission du VIH, des maladies comme l'hépatite ont l'avantage (pour la prévention) d'être associées à un risque de transmission certain et de permettre par conséquent de présenter le *safer sex* comme étant une option utile, indépendamment de l'évaluation du risque face au VIH. Dès lors le *safer sex* n'est plus nécessairement synonyme de prévention contre le sida. Il s'inscrit davantage dans une dynamique et une volonté de sensibilisation aux questions de santé pour personnes LBTQ. En regard d'un risque de transmission du VIH entre femmes resté imprécis et changeant, le *safer sex* pour femmes ayant des rapports sexuels avec des femmes se légitime aujourd'hui par une visibilisation d'autres risques d'infections. Il est ainsi mis au profit d'une lutte contre des risques montrés de manière plus assertive dans les recherches biomédicales et les manuels.

Pour la majorité des informatrices, ce discours préventif associatif est néanmoins ressenti comme lacunaire et jugé trop peu présent. Selon certaines, il ne fournit un appui suffisant ni dans les interrogations sur le risque du sida ni sur les autres IST. Pour les femmes que j'ai rencontrées sur mon terrain, la sensibilisation aux questions de santé sexuelle lesbienne repose principalement sur des rencontres personnelles et des échanges dans leurs cercles de connaissances. La conscience d'un risque, l'évaluation de son importance et leur savoir pratique sur le *safer sex* sont fondés sur une transmission informelle des informations. Les discussions sur la sexualité lesbienne et ses risques, visiblement, se passe hors des bureaux des associations. Elle prend place, d'une part, dans l'intimité de chacune mais également dans des réseaux et des espaces sociaux qui fonctionnent alors comme des espaces de production de discours. La scène queer-lesbienne autonome en tant qu'espace pro-sex en constitue un exemple.

En effet, le discours préventif qui s'est dégagé avec le plus de vivacité sur mon terrain a pris l'aspect d'un discours pratique se manifestant dans les lieux dans lesquels les désirs et les activités sexuelles diverses sont discutés, montrés, partagés. Leur remise en cause, leur négociation et leur exposition les rendent visibles comme objets d'un discours politique sur les identités et les sexualités (notamment) et les réaffirment comme sexualités. Dans le contexte de ces espaces pro-sex, le discours politique intégrant le *safer sex* dans la discussion sur les sexualités agit dans le sens d'une normalisation de son emploi (ou du moins de son existence) qui passe alors avant les interrogations sur les taux de risques de transmission. Ce discours s'oppose à un relatif silence sur la question dans les lieux dit « mainstream » de la scène lesbienne.

Par conséquent, il se dégage de mon terrain plusieurs niveaux d'officialité du discours sur la prévention lesbienne. Ces différentes façons d'aborder ou de ne pas aborder la question du sida et de la sexualité entre femmes est révélatrice de la place accordée à cette dernière. Mettre en lumière où et de quelle manière le risque lesbien face au sida est thématisé c'est aussi porter un regard sur les contextes dans lesquels la sexualité lesbienne est rendue visible et sur la manière dont elle est montrée.

Les lieux de visibilisation du risque lesbien qui se sont cristallisés sur mon terrain berlinois[103], à savoir principalement les manuels de *safer sex* et la scène queer-lesbienne autonome, placent le *safer sex* au milieu d'une discussion sur les pratiques sexuelles lesbiennes ; risque et pratiques se rendant visibles réciproquement. En ce sens le discours lesbien sur le risque produit dans ces lieux, éclaire et contribue à la fois à une appropriation du discours sur la sexualité lesbienne par les lesbiennes. Il participe à opérer une « re-sexualisation » de la sexualité lesbienne face à un modèle homo-sensuel dominant, d'une part, dans le féminisme essentialiste anti-sex des années 80 (Bourcier 2006 : 53), et d'autre part, dans une prévention publique qui distribue des manuels dans lesquels le sexe oral est montré comme seule pratique lesbienne qui vaille la peine (parfois) d'être nommée.

La visibilisation du risque lesbien dans l'épidémie prend place dans des espaces dans lesquels la sexualité entre femmes est affirmée en tant que sexualité. Elle est rendue visible dans et par la diversité de substances corporelles, d'objets et de pratiques qu'elle peut comprendre. Elle est montrée comme pouvant être autant pénétrative que orale, autant violente que douce, autant anale que vaginale, autant publique que privée, autant multiple que monogame, autant solitaire que partagée à plusieurs et autant mono-genrée que bi-

[103] Je ne prétends en aucun cas être exhaustive sur les lieux de visibilisations de la sexualité lesbienne et de ses risques sanitaires, ni à Berlin et encore moins ailleurs en Occident.

genrée, tri-genrée ou non-genrée. Finalement, elle est montrée dans sa possibilité de détachement de la continuité établie entre sexe – genre - désir et pratique, et dans son accès au registre de la masculinité tant qu'à celui de la féminité ; elle est affirmée en tant que sexualité au potentiel subversif face à la norme hétérosexuelle. C'est en cela, probablement, que la sexualité lesbienne dérange le plus et en cela qu'elle est passée sous silence.

BIBLIOGRAPHIE

AKRICH Madeleine,
1987. « Comment décrire les objets techniques ? ». *Techniques et culture*. (Paris) Vol. 9. pp. 49-64.

ALLEN Angelina Alexandra,
2004. *Barriers : An Analysis of the Use of Safer Sex Methods in the Queer Community*. Thesis Bachelor of Arts. University of Washington. 35p.

ARONOWITZ Robert,
1999. « La construction sociale des facteurs de risques des maladies coronariennes ». In : Robert ARONOWITZ. *Les maladies ont-elles un sens?*, pp. 223-289. Le Plessis-Robinson : Institut Synthelabo. 379p. [1998].

BLACKWOOD Evelyn,
1995. **«** Falling in Love with An-Other Lesbian. Reflections on Identity in Fieldwork ». In: Don KULICK, Margaret WILLSON (éds.). *Taboo. Sex, Identity, and Erotic Subjectivity in Anthropological Fieldwork*. Pp.51-75. London, New York: Routledge. 283 p.

BOELLSTORFF Tom,
2007. « Queer studies in the house of anthropology ». *Annual review of anthropology*. (Palo Alto). n°36. pp.17-35.

BOLTON Ralph,
1995. « Tricks, Friends and Lovers. Erotic Encounters in the Field ». In: Don KULICK, Margaret WILLSON (éds.). *Taboo. Sex, Identity, and Erotic Subjectivity in Anthropological Fieldwork*. Pp.140-167. London, New York: Routledge. 283 p.

BOOTH Karen,
1998. « National Mother, Global Whore, and Transnational Femocrats : the Politics of AIDS and the Construction of Women at the World Health Organization ». *Feminist Studies*. Vol.24, no 1. (spring). Pp.115-139.

BOURCIER Marie-Hélène,
2006. *Queer Zones. Politique des identités sexuelles et des savoirs*. Paris : Editions Amsterdam. 249 p. [1ère édition 2001, Paris : Balland].

BOZON Michel,
1999. « Les significations sociales des actes sexuels ». *Actes de la recherche en sciences sociales*. (Paris). Vol. 128, n°1. pp. 2-23.

BRUBAKER Rogers, COOPER Frederick,
2000. « Beyond « Identity ». *Theory and Society*. (Amsterdam). Vol. 29, n°1. Pp.1-47.

CALIFIA Pat,
2008. *Sexe et utopie*. Paris: la Musardine, 194 p. [1994].

COLLIER Stephen, LAKOFF Andrew, RABINOW Paul,
2004. « Biosecurity. Towards an Anthropology of the Contemporary ». In: *Anthropology Today*. (London). Vol. 20, n°5, October. Pp. 3-7.

DENNERT Gabriele,
2005. *Die gesundheitliche Situation lesbischer Frauen in Deutschland*. Herbolzheim: Centaurus. 260 p.

DOLAN Kathleen A., DAVIS Phillip W.,
2003. « Nuances and Shifts in Lesbian Women's Constructions of STI and HIV Vulnerability ». *Social Science and Medicine*. (Amstrdam). n°57. Pp.25-38.

DORLIN Elsa,
2006. *La Matrice de la race : généalogie sexuelle et coloniale de la nation française*. Paris : la Découverte. 307p.

EPSTEIN Steven,
2001. *Histoire du SIDA.* Paris : le Seuil. [2 Volumes / 1996. Berkeley, Los Angeles : University of California Press].

FAVRET-SAADA Jeanne,
1977. *Les mots, la mort, les sorts*. Paris: Gallimard. 427 p.

FOUCAULT Michel,
2001. *Histoire de la sexualité I : la volonté de savoir*. Paris : Gallimard. 211 p. [1ère édition 1976].

GAGNON John H.,
1999. « Les usages explicites et implicites de la perspectives des scriptes dans les recherches sur la sexualité ». *Actes de la recherche en Sciences Sociales*. (Paris). Vol. 128, n°1. Pp.73-79.

GEERTZ Clifford
1996. *Ici et là-bas. L'anthropologue comme auteur*. Paris : Métailié. 155 p. [1988].

GENON Clotilde, CHARTRAIN Cécile, DELEBARRE Caroline,
2009. « Pour une promotion de la santé lesbienne : état des lieux des recherches, enjeux et propositions ». *Genre, sexualité & société.* [En ligne]. n°1, printemps, mis en ligne le 09 juillet 2009. http://gss.revues.org/index951.html. [Consulté le 12 novembre 2009].

GILMAN Sander L.,
1985. « AIDS and Syphilis: The Iconography of Disease ». *October*. (Cambridge). Vol. 43, AIDS: Cultural Analysis/Cultural Activism, winter. Pp.87-107.

GOFFMAN Erving,
1975. *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*. Paris : les Ed. de Minuit. 175 p. [1963. Prentice-Hall].

GORNA Robin,
1996. *Vamps, Virgins and Victims. How can Women Fight AIDS?*. London, New York: Cassell. 398 p.

HAMMONDS Evelynn M.,
2001. « Gendering the Epidemic: Feminism and the Epidemic of HIV/AIDS in the United States, 1981-1999 ». In: Angela N.H. CREAGER, Elizabeth LUNBECK, Londa SCHIEBINGER (éds.). *Feminism in the Twentieth-Century Science, Technology and Medicine*. Pp. 230-244. Chicago: University of Chicago Press. 264p.

HARAWAY Donna J.,
1991. *Simians, Cyborgs, and Women : The Reinvention of Nature*. New York: Routledge. 287p.

HARK Sabine,
2005. « Queer Studies ». in: Christina VON BRAUN, Inge STEPHAN (éds.). *Gender @ Wissen. Ein Handbuch der Gender-Theorien*. Pp. 285-303. Köln, Weimar, Wien: Böhlau Verlag. 370p.

HAUER Gudrun,
1994. « Aids-Diskurs und lesbische Sexualität ». In: Madeleine MARTI, Angelika SCHNEIDER, Irene SIGIER, Anita WYMANN (éds.). *Querfeldein. Beiträge zur Lesbenforschung*. Pp.49-54. Bern, Zürich, Dortmund: eFeF-Verlag. 277p.

HILL COLLINS Patricia,
2002. « The sexual politics of black womanhood ». In: Christine L. WILLIAMS, Arlene STEIN (éds.). *Sexuality and Gender*. Pp.193-206. Malden, Oxford: Blackwell Publishers. 504p.

HIRT Caroline,
2005. *La baisse ou l'absence de désir sexuel après l'accouchement: analyse de la construction d'un problème social*. Neuchâtel : Institut d'Ethnologie. 94 p. [Mémoire de licence en ethnologie].

HITZLER Ronald, BUCHER Thomas, NIEDERBACHER Arne,
2005. *Leben in Szenen. Formen Jugendlicher Vergemeinschaftung heute*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. 239 p. [2001].

HOLLIBAUGH Amber,
1995. « Lesbian Denial and Lesbian Leadership in the AIDS Epidemic : Bravery and Fear in the Construction of a Lesbian Geography of Risk ». In: Beth E. SCHNEIDER, Nancy E. STOLLER (éds). *Women Resisting Aids. Feminist Strategies of Empowerment*. Pp. 219-230. Philadelphia: Temple University Press. 339p.

INHORN Marcia C., BROWN Peter J.,
1997. « The Anthropology of Infectious Disease ». In: Marcia C. INHORN, Peter J. BROWN (éds). *The Anthropology of Infectious Disease. International Health Perspectives*. Pp.31-67. Amsterdam [etc.]: Gordon and Breach. 495p.

KOPP Christine,
2002. « Know your Risk ». In: Christian GIORDANO, Andrea BOSCOBOINIK (éds.). *Constructing Risk, Threat, Catastrophe. Anthropological Perspectives*. Pp. 111-120. Fribourg Switzerland: University Press. 216p.

KOSNICK Kira,
2008. « Out in the Scene. Queer Migrant Clubbing and Urban Diversity ». In: *Ethnologia Europae.* (Paris puis Odense puis Copenhagen). Vol. 38, n° 2. Pp.19-30.

KRAUS Cynthia,
2007. « La vulgarisation scientifique ou la médiatisation des savoirs. L'exemple du SIDA à la TV ». Présentation dans le cadre du cours *Biologie et Société II – Ethique et dialogue sciences-société*. 22 novembre 2007, Université de Lausanne.

LATOUR Bruno,
2005. *Reassembling the Social. An Instruction to Actor-Network-Theory*. Oxford: Oxford University Press. 301 p.

LE PALEC Annie, LUXEREAU Anne, MARZOUK Yasmine,
1997. « Introduction : les femmes en temps de SIDA ». In : *Journal des anthropologues,* [dossier « femmes et SIDA »]. (Montrouge). n°68-69. pp.17-20.

LUHMANN Nikals,
1993.- *Risk: A Sociological Theory*. New York: Aldine de Gruyter. 236 p.

MENDES-LEITE Rommel,
1995. « Identité et altérité. Protections imaginaires et symboliques face au SIDA ». In : *Gradhiva*, (Paris). n°18. Pp. 93-103.

MUELLER Alain,
2008. « Du concept de sous-culture au référent sous-culturel : Biographie d'un acteur sous-estimé ». In : Marc-Olivier GONSETH, Yann LAVILLE, Grégoire MAYOR (dir.). *La Marque jeune*. pp.210-215. Neuchâtel : Musée d'ethnographie. 266p.

PATTON Cindy,
1997. « From Nation to Family. Containing African AIDS ». In: Roger N. LANCASTER, Micaela DI LEONARDO (éds.). *The Gender/Sexuality Reader: Culture, History, Political Economy*. Pp. 279-290. New-York, London: Routlege. 574p.

POLLAK Michel, SCHLITZ Marie-Ange,
1987. « Identité sociale et gestion d'un risque de santé. Les homosexuels face au sida ». *Actes de la recherche sciences sociales*. (Paris). Juin, n°68. pp. 77-103.

POUTRAIN Véronique, HEAS Stéphane,
2003. « Les méthodes d'enquête qualitatives sur internet ». *Ethnographiques.org*. [revue on ligne]. n°4, novembre, Neuchâtel. www.**ethnographiques.org** [Consulté le 18 septembre 2009].

PROTH Bruno,
2002. *Lieux de drague, scènes et coulisses d'une sexualité masculine*. Toulouse : Octarès. 447p.

QUAESTIO,
2000. « Sexuelle Politiken, Politische Rechte und gesellschaftliche Teilnahme ». in: Nico J. BERGER, Sabine HARK, Antke ENGEL, Corinna GENSCHEL, Eva SCHAEFER (éds). *Queering Demokratie. Sexuelle Politiken*. Pp. 9-19. Berlin: Querverlag. 221p.

RABINOW Paul,
2003. *Anthropos Today. Reflections on Modern Equipment*. Princeton, Oxford: Princeton University Press. 159 p.

RICHARDSON Diane,
2000. « The Social Construction of Immunity: HIV Risk Perception and Prevention Among Lesbians and Bisexual Women ». *Culture, Health & Sexuality*. (New York). vol.2, n°1. Pp.33-49.

RICHARDSON Diane,
1994. « Inclusions and Exclusions: Lesbians, HIV and AIDS ». In: Lesley DOYAL, Jennie NAIDOO, Tamsin WILTON (éds). *Aids. Setting a Feminist Agenda*, pp. 159-170. London: Taylor & Francis Ltd. 209p.

RICHARDSON Diane,
1992. « Constructing Lesbian Sexualities ». In: Kenneth PLUMMER (éd). *Modern Homosexualities. Fragments of Lesbian and Gay Experiences*. pp. 187-199. New York: Routledge. 281p.

RIDGE Damien, MINICHIELLO Victor, PLUMMER David,
1997. « Queer Connections. Community, « the Scene », and an Epidemic ». *Journal of Contemporary Ethnography*. (Newbury Park ; London [etc.]). vol 26, n°2, July. Pp.146-181.

RUBIN S. Gayle,
2003. « Sex denken: Anmerkungen zu einer radikalen Theorie der sexuellen Politik ». In: Andreas KRASS (éd.). *Queer denken. Gegen die Ordnung der Sexualität (queer Studies)*. Pp.31-79. Frankfurt am Main : Suhrkamp Verlag. 250p. [Version raccourcie de l'essai publié en 1984 et retravaillé en 1993].

RUBIN Gayle,
2002. « Studying sexual subcultures: excavating the ethnography of gay communities in Urban North America ». In: Ellen LEWIN, William L. LEAP (éds.). *Out in theory. The emergence of lesbian and gay anthropology*. pp.17-68. Urbana, Chicago: University of Illinois Press. 329p.

RYAN Maura,
2008. *The Shimmy Shake Protest: Queer Femme Burlesque as Sex-Positive Activism*. [En ligne.] http://www.allacademic.com . [Consulté le 21 juillet 2009].

SCHNEIDER Beth E.
1992. « Lesbian Politics and AIDS Work ». In: Kenneth PLUMMER (éd.), *Modern Homosexualities. Fragments of Lesbian and Gay Experiences*. Pp. 160-174. New York: Routledge. 281p.

SEDGWICK KOSOFSKY Eve,
2008. *Epistémologie du placard*. Paris : Editions Amsterdam, 257p. [1990].

SLAVIN Sean,
2004. « Drugs, Space, and Sociality in a Gay Nightclub in Sydney ». *Journal of Contemporary Ethnography*. (Newbury Park ; London [etc.]). Vol. 33, n°3. Pp.265-295.

SONTAG Susan,
2005. *Le Sida et ses Métaphores*. Paris: Christian Bourgeois éditeur. 121 p. [1ère édition 1988/1989].

STAHL Geoff,
2004. « It's Like Canada Reduced: Setting the Scene in Montréal ». In: Andy BENNETT, Keith KAHN-HARRIS (éds.). *After subculture. Critical Studies in Contemporary Youth Culture*. Pp.51-64. New-York: Palgrave MacMillan. 195p.

TREICHLER Paula,
1999. *How To Have Theory In An Epidemic. Cultural Chronicles of AIDS*. Durham: Duke University Press. 477p.

TREICHLER Paula,
1992. « AIDS and the HIV Infection in the Third World: A First World Chronicle ». In: Elizabeth FEE, Daniel M. FOX (éds.). *AIDS. The Making of a Chronic Disease.* Pp.377-412. Berkley, Los Angeles, Oxford: University of California Press. 430p.

TREICHLER Paula,
1987. « AIDS, Homophobia, and Biomedical Discourse: An Epidemic of Signification ». *October*. (Cambrige). vol. 43, AIDS: Cultural Analysis/Cultural Activism. Pp.31-70.

VANCE Carole S.,
2005. « Anthropology Rediscovers Sexuality: a Theoretical Comment ». In: Jennifer ROBERTSON. *Same-Sex Cultures and Sexuality. An Anthropological Reader*. Pp.15-32. Maden, Oxford, Victoria : Blackwell Publishing. 310p.

VIDAL Laurent,
1996. *Le silence et le sens. Essai d'anthropologie du sida en Afrique*. Paris: Anthropos, 217 p.

WEILAND Martina,
1995. « „Und wir nehmen uns unser Recht!" Kurzgefasste Lesbenbewegungsgeschichte(n) der 70er, 80er, 90er Jahre in West-Berlin, nicht nur für Berlinerinnen ». In: Anke SCHAEFER, Kathrin LAHUSEN (éds.). *Lesbenjahrbuch 1: Rücksicht auf 20 Jahre Lesbenbewegung*. pp.33-35. Wiesbaden: Feministischer Frauenbuchverlag. 277p.

WESTON Kath,
1993. « Lesbian/Gay Studies in the House of Anthropology ». *Annual review of Anthropology*. (Palo Alto). Vol.22. Pp.339-367.

WILTON Tamsin,
1997. *EnGendering Aids. Deconstructing Sex, Text and Epidemic*. London : Sage. 157 p.

WOLCOTT Harry F.,
1995. *The Art of Fieldwork*. Walnut Creek; London [etc.] : AltaMira Press. 285 p.

Sources

ALTMAN Lawrence K.,
1986. « How Women May Transmit AIDS to Men is Suggested by Research ». *The New York Times*. [online] 7 mars 1986. www.nytimes.com. [consulté le 29 octobre 2009].

BEVIER Pamela Jean, CHIASSON Mary Ann (et al.),
1995. « Women at a sexually transmitted disease clinic who reported same-sex contact: Their HIV Seroprevalence and Risk Behaviours ». *American Journal of Public Health*. (New York). Vol. 85, n°10. Pp. 1366-1371.

CENTER FOR AIDS PREVENTION STUDIES,
1997. *CAPS Fact Sheet: What Are Women Who Have Sex with Women's HIV Prevention Needs ?*. [online]. Texte préparé par Pamela DECARLO, Cythia GOMEZ, San Francisco: University of California. http://www.caps.ucsf.edu/pubs/FS/wsw.php [consulté le 17 juillet 2009].

CENTER FOR DISEASE CONTROL,
2006. *HIV/AIDS Among Women who Have Sex with Women*. [online] http://www.cdc.gov/hiv/topics/women/resources/factsheets/wsw.htm [consulté le 17 juillet 2009].

CHIASSON Mary Ann, STONEBURNER Rand L., JOSEPH Stephen C.,
1990. « Human Immunodeficiency Virus Transmission Through Artificial Insemination ». *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. (Hagerstown Md.). vol.3, n°1. Pp.69-72.

CHU Susan, BUEHLER James, FLEMING Patricia, BERKELMAN Ruth,
1990. « Epidemiology of Reported Cases of Aids in Lesbians, United-States 1980-89 ». *American Journal of Public Health*. (New York). Vol. 11. n°80. Pp. 1380-1381.

DENENBERG Risa,
1991. « A Decade of Denial: Lesbians and HIV ». *ON our Backs*. (San Francisco). July / August. Pp.21- 44.

ECKHOLM Erik, TIERNEY John,
1990. « AIDS in Africa: A Killer Rages On ». *The New York Times*. [online]. 16 septembre 1990. www.nytimes.com. [consulté le 18 novembre 2009].

KWAKWA Helena, GHOBRIAL Michel,
2003. « Female-to-Female Transmission of Human Immunodeficiency Virus ». *Clinical Infectious Diseases*. (Chicago). N°36. Pp. 40-41.

MEURER Uli,
2000. « Unsafe Sex und Vorsicht « On the Long Run » ». In: Deutsche Aids Hilfe e.v. (éd.) *Selbstverständlich. Beratung und Psychotherapie mit Lesben und Schwulen. Dokumentation der VII. Fachtagung des Verbandes Lesbischer Psychologinnen und Schwuler Psychologen in Deutschland e.v., München 7.-9. April 2000.* München: DAH.

LAUFER Cornelia,
2006. « Freie Fahrt für Frauenliebe ? ». *Zeit online*. [online]. 11 août 2006. www.zeit.de/online/2006/33/lesben-hiv . [consulté le 29 octobre 2009].

LEMP George F. (et al.)
1995. « HIV Seroprevalence and Risk Behaviours Among Lesbians and Bisexual Women in San Francisco and Berkley, California ». *American Journal of Public Health*. (New York).Vol 85, n°11. Pp. 1549-1552.

LESBIAN AIDS PROJECT AT GAY MEN HEALTH CRISIS,
1999. *LAP Notes*. [online]. N°7, summer. http://www.gmhc.org . [consulté le 18 novembre 2009].

LEUSCHEN Misha,
2005/06. « Positiv Leben ». *Lespress*. Dezember-Januar 2005/06. Pp.28-30.

SENATSVERWALTUNG FUR BILDUNG, JUGEND UND SPORT BERLIN,
1993. *Lesben und Schwule im Gesundheitswesen. Dokument lesbisch-schwuler Emanzipation des Referats für gleichgeschlechtliche Lebensweisen*. n°10. Berlin: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie, Referat für gleichgeschlechtliche Lebensweisen. 29p.

RAITERI Fora R, GIOVANNINI P, (et al.),
1994. « Seroprevalence, Risk Factor and Attitude to HIV-1 in a Representative Sample of Lesbians in Turin ». *Genitourin Med*. (Milano). n°70. Pp.200-205.

ROBERT KOCH INSTITUT,
2009. *Epidemiologisches Bulletin. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health*. n° 21, mai. Berlin: Robert Koch Institut. 15p.

WETZCHEWALD Andrea, KOLLENBERG Kerstin,
2005. *Frauen und AIDS*. Wuppertal: AIDS Hilfe Wuppertal & Düsseldorf. 3p.

Guides et manuels de *safer sex*
(par dates de parution)

DEUTSCHE AIDS HILFE & LESBENBERATUNG,
2009. *Frauenlust*. Berlin. 55p.

BUNDESZENTRALE FUR GESUNDHEITLICHE AUFKLAERUNG,
2006. *HIV- Übertragung und Aids-Gefahr. Wo Risiken bestehen und wo nicht. Situationen/ Risiken/ Ratschläge*. Berlin. 21p. [2ème Edition revue de la campagne „Gib Aids Keine Chance“.]

BUNDESZENTRALE FUR GESUNDHEITLICHE AUFKLAERUNG,
[?]. S*afer Sex…sicher!*. Köln: BzGA im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und soziale Sicherung. 49p. [8ème édition non datée mais actuellement distribué par la *Berliner Aids Hilfe*].

NEWMAN Felice,
2008. *Sie liebt sie. Das Lesbensexbuch*. Berlin : Krug & Schadenberg. 396p. [2004. San Francisco : Cleis Press inc.].

LES KLAMYDIA,
2008. *Guide du safer sex lesbien*. Lausanne. 4 p. [Feuilles volantes].

SANTE PluriELLE, groupe romand pour la santé des lesbiennes,
2008. *Le suivi gynécologique des Lesbiennes*. 4 p.[Dépliant. Lieu de parution inconnu].

AIDS-HILFE SCHWEIZ, AIDS INFO SCHWEIZ, BUNDESAMT FUR GESUNDHEIT,
2002. *G'sundheit…Frauengesundheit ! Eine Broschüre rund um Fragen zu Sexualität und Gesundheit*. Bern/Zürich. 71p.

AIDE SUISSE CONTRE LE SIDA,
2001. *La santé ? Parlons-en ! Manuel de santé pour les femmes lesbiennes et bisexuelles.* Berne. 95p.

EMANZIPATION e.V. Köln,
2001. *Träume in Latex. Der safer Sex-Leitfaden für Lesben*. Köln. 13p. [2ème édition].

DEUTSCHE AIDS HILE,
1998. *Wer lutscht schon gern ein Dental Dam? Information für Frauen die Sex mit Frauen haben*. Berlin. 29p. [3ème édition].

LESBENBARATUNG,
1992. *Was haben Lesben mit Aids zu tun ? Information zu HIV-Infektion und Aids für Lesbische und Bisexuelle Frauen*. Berlin. 26p. [3ème édition retravaillée depuis la première version de 1988].

RICHARDSON Diane,
1987. *Frauen und die AIDS Krise. Das Handbuch*. Berlin : Orlanda Frauenverlag. 189p.

PATTON Cindy, KELLY Janis,
1987. *Making It. A Woman's Guide to Sex in the Age Of AIDS*. Ann Arbor : Firebrand Books. 53p.

Sites Internet (dernières consultations)

http://ladyfest.lautr.com 26 juillet 2009
http://www.myspace.com/queeromatik 26 juillet 2009
http://www.schwarzerkanal.squat.net/ 26 juillet 2009
http://entzaubert.blogsport.de/ 26 juillet 2009
http://www.lesbengesundheit.de 26 juillet 2009
http://www.sante-plurielle.ch 13 septembre 2009
http://www.check-your-lovelife.ch/#/it 13 septembre 2009
http://www.lovelife.ch 13 septembre 2009
http://lesbianlife.about.com/od/lesbianhealth/a/LesbianAIDS.htm 13 septembre 2009

http://www.who.int/fr 28 octobre 2009
http://www.actuporalhistory.org 2 novembre 2009

ANNEXES

I : Extraits d'entretiens en versions originales et portraits de quelques informatrices ___ 103

II : Article « Positiv Leben ». *Lespress*. Décembre-janvier 2005/06.___ 112

Annexe I
Extraits d'entretiens en versions originales et portraits de quelques informatrices

J'ai choisi ici d'ajouter en versions originales les extraits d'entretiens cités et traduits dans le texte. J'ai laissé certains passages dans leur contexte plus large.
Tous les noms ont été modifiés.

Anne :

25 ans, étudiante en cursus « anthropologie culturelle : Europe de l'Est ». Active dans le Ladyfest depuis un an, se définit comme queer.

A: […]Es gibt irgendwie halt ne mainstream Lesbenszene, auf jeden fall. Die auch, zwar mitunter den begriff queer verwenden, das aber aus Modegründen und nicht aus nem queeren kulturalem Verständnis. Und ich würde auch klar unterscheiden zwischen ner Aktivstenszene, die meistens eben, zumindest in Berlin halt find ich, links aktivistisch motiviert, feministisch motiviert… sich aber selber in das queere Spektrum rechnen oder zu rechnen sind. Und aber, es gibt ganz klar halt auch mainstream Sachen, und rein kommerzielle Sachen und die damit auch nicht wahnsinnig viel zu tun haben. Beziehungsweise, die „mainstream Lesbenszene" (elle signale elle-même les guillemets) kommt mitunter dann aber zu Veranstaltungen, glaub ich, von queer Gruppen; Das passiert schon, gelegentlich.

A: Das Ladyfest, an sich, ist irgendwie n feministisches Festival, die Gruppe definiert sich aber auf jeden Fall als feminstisches queer Festival. Was aber auch auf jeden Fall von vorne rein…von Frauen gemacht zu sein. Für alle die halbwegs offen sind und...antisexismus ist auf jeden Fall eine ganz ganz wichtige Sache. Das lesbische ist halt…in de feministischen Szene hast du halt doch oft Leute die sich als queer bezeichnen. Und so ist es halt in der Gruppe auch. Die meisten, also ich weiss es gar nicht bei allen, aber die meisten, denk ich jetzt mal sind aber mindesten bi. Es geht aber auch nicht um diese Vertiefung, dass es nur irgendwie mit sexueller Orientierung verbunden ist, sondern halt …ich mein der „queer" Begriff spiel auf jeden Fall eine Rolle aber das auch in dem Sinn einer Rolle allgemeine Muster zu hinterfragen. Allgemein irgendwie Beziehungsmuster zu hinterfragen, und so..
Und in Kontakt mit anderen Gruppen… also es ist ja kein Verein oder so, sondern ne informelle Gruppe, und Kontakt mit anderen Gruppen, ja und nein, es gibt da eine Gruppe die sich eigentlich auch aus Leuten aus dem Ladyfest gegründet hat, mit denen wird dann auch mal was zusammen gemacht, und ansonsten…ja wenn es um Lokalitäten geht… und jetzt…hoffe ich, dass es halbwegs klappt mit grösseren Migrantinnen oder Feministinnen mit migrantischem Hintergrund, ne Zusammenarbeit …wir wollen s halt versuchen, dass es halt so Sachen gibt, weil du hast auf solchen Veranstaltungen immer n bestimmtes Publikum, es definiert sich halt links, ist eh irgendwie krass aufgeklärt, und selten sexistisch und …also klar ist auch in solchen Strukturen Sexismus aber der ist irgendwie relativ flach, und von daher…zumindest ne Gruppe von der Gruppe, die irgendwie gerne hätte dass es sich so n bisschen hinstrukturiert, dass wir auch mal Komplet andere Gruppen ansprechen, und mal Workshops machen zum Beispiel die ganz klar Migrantinnen ansprechen.
Ansonsten, würd ich sagen, Zusammenarbeit ist eher mangelhaft. Was aber auch daran liegen kann, dass es in Berlin nicht wahnsinnig einfach ist und das sich die Gruppe sich eigentlich aus Zugezogenen zusammensetzt, und die Leute leben oft schon sehr lange hier, aber berliner Subkultur und alternativ Bewegung zu verstehen ist, glaub ich …musst du

irgendwie 30 Jahre hier leben. Weil es krasse Abgrenzungen gibt die ich für sinnlos halte. Aber vielleicht ist es einfach zu gross.
N: zwischen was und was siehst du denn Abgrenzungen?
A: es gibt so viele Gruppen die zu ähnlichen Dingen arbeiten und wenn alle n bisschen mehr an einem Strang ziehen würden, würde sich auch mehr ergeben. In meine Wahrnehmung. Aber ich glaube das ist auch nicht gewollt, weil die Gruppen halt immer…weiss du, du kannst in Berlin *nichts* praktisch machen und kriegst trotzdem 300 Leute, weil die Stadt ist einfach gross und es gibt genug irgendwie links-queer-femisnistisch-was-weiss-ich-interessierte-Leute und du kriegst für jede Veranstaltung ganz einfach ganz viele Leute. Und deswegen braucht es halt die Zusammenarbeit auch nicht. Was aber wiederum, find ich, den Nachteil hat dass ..du kannst halt auch nicht schocken in Berlin, weil es halt….weiss nicht, auch irgendwo sicher n Umzug gibt wo die Leute nackt über die Strasse laufen du das würde auch keinen stören. So.
Selbst bei solchen etablierten Sache wie Love Parade haben die Leute kaum noch was an und dann …. Schockt doch mal mit irgendwas!
Und du hast natürlich auch alle alle alle möglichen Ethnien-, Nationalitäten-, Sprachen-, bla-Vereine, irgendwie es ist nix krass anders, weißt du…dann ist halt irgendwie wieder eine Subkultur, dann subt die vor sich hin und … es bietet viel Raum, kannst fast alles machen, wirst nicht krass gegängelt, überhaupt nicht, aber andererseits kannst du auch irgendwie …wenn du politisch werden willst und sein willst dann ist es auch krass schwierig Sachen umzusetzen. Und ich glaube auch, dass es sogar einfacher wäre wenn es mal etwas so brennendes geben würde, dass alle sagen „jetzt scheiss drauf, jetzt machen wir das halt zusammen“ weil wir wollen uns nicht selber verpassen sondern wollen wirklich was verändern. Ich glaub halt dadurch, dass es an so wenig Ecken stösst erstmal, oberflächlich zu mindest, ist halt auch das Ziel nicht unbedingt immer krasse Umstürze zu bewegen. Ich glaube dazu müsste noch was anderes passieren.
Was dann halt mal passiert, ich weiss nicht ob du das mitgekriegt hast, da wurde, mmm ist bestimmt n halbes Jahr oder länger - ein Jahr her, da wurden n paar von nem Club von Transsexuellen von faschistischen Türken so krass verprügelt, und vielleicht auch eine abgestochen worden…auf jeden fall lagen alle ewig lange im Krankenhaus … das war so n krass rechten türkischen Jugendverein.
N: das war in Kreuzberg, und dann gab’s da die rosa Flaggen?
A: genau. Und das war mal was wo ganz viele Leute…wo s ne Demo gab, wo viele Gruppen zusammen gearbeitet haben, wo’s Solipartys gab…aber das sind halt immer eher Ausnahmen.
N: Die dann halt aus so krassen Situationen entstehen?
A: Ja, weil du halt sonst so krass viel machen kannst, und du musst nicht gross die Gesellschaft dazu verändern. Eigentlich. Also klar müsstest du aber … der Anspruch ist selten da und es ist halt auch krass schwierig. weil du erreichst halt… ich mein in ner Stadt wo du kaum irgend ne Kultur hast dieser Art, oder wo du ehe maintream Jugendliche hast, aber dann halt ne kleine marginalisierte Bewegung dann ist es halt so, dass du - glaub ich - viel eher auf n anderes Publikum kommst. Was hier aber halt…ja…keine Ahnung… jeder geht halt auf seine freak Partys.

Britta:

33 ans, étudiante en Sciences des Religions et en Sociologie, travaille en tant que bénévole à la Aids Hilfe Berlin *depuis plusieurs années et a été active dans le cadre des* Sœurs de la perpétuelle Indulgence *à Berlin. Elle se dit bisexuelle.*

B: Aber ich war auch schon bei der *Aids Hilfe* auf gemischten Partys zum Beispiel beim *Schwuz* oder so was und da hast du immer das Problem, oder *auch* das Problem, das dann zwar Lesben kommen und sagen „habt ihr auch was für uns?“ und dann gibst du denen n'Kondom und viele sind dann sauer. Und meinen „hey ich bin doch keine Hete“ oder so was. Und das ist halt noch so n' Grund, noch so n' Problem, diese spezifischen Präventionsmaterialen für Lesben sind teuer. Also *Dental Dams* sind super teuer, Handschuhe vielleicht nicht ganz so aber auf jeden Fall…
Bei der Schwesternschaft, muss ich sagen, haben wir manchmal Handschuhe verteilt. Aber bei der *Aids Hilfe* gibt's nur Kondome. Manche Lesben freuen sich, nehme es trotzdem mit, aber viele sind dann auch sauer oder fühlen sich verarscht. Und, ich war zum Beispiel auch - ich hab auch oft auf dem *CSD* gearbeitet oder auf dem schwul-lesbischen Strassenfest - und da hast du das gleiche Problem. Du sprichst Lesben an, die freuen sich erst, dann sehen sie, dass das Präventions-material für schwule Männer ist, dann sind sie sauer und beleidigt.

Carla :

30 ans, arrivée de Nouvelle Zélande il y a trois ans. Sexworker, pornographe queer (actrice et productrice), organisatrice de Sexpartys dans les squats de la scène queer.

C: Ja in Neuseeland gibt es eigentlich fast keine Lesbenszene. Es ist sehr sehr klein. Und über *safer sex*…es ist nie ein Thema. Fast nie ein Thema, ja oder ganz ganz selten. In Deutschland…mmm…es gibt mehrere lesben-trans* Szenen eigentlich. Und die sind alle…die sind nicht gleich.
N: Wenn du von verschiedenen Szenen redest, an welche denkst du, in welcher bewegst du dich?
C: Also teilweise in der autonomen Queerszene. Und…teilweise auch in der eher akademischer Queerszene. Ja..ich hab auch eine Veranstaltung über Sexarbeit organisiert, da war ein Schwerpunkt war auch queer *Sexwork*, ja dann bin ich auch ein bisschen in der queer-SM Szene, aber eher am Rande. Ich würde sagen, dass die queer SM Szene redet eher über *Safer Sex* als die anderen. Ja…I would switch to english. I think the queer SM scene is more engaged with the topic because it's more common for example to have *play partys* with lots of people. And it's obviously really important to… at the partys there is lots of condoms, *Gleitgel* and gloves, and disinfecting spray…and stuff. It's much more of a theme. 'cause also you have to… if you are using objects, like a wipe or a belt or what ever, it also needs to be cleaned. So it's more of a subject.

C: I don't use *dental dams*. I either don't have oral sex with someone at all, or if I know them quit well and…they've gone through a test recently, then I might have oral sex, but otherwise … and I don't know many people who use *dental dams*. It's more that people won't do oral sex.

C: When we were organising the sex party at *Schwarzerkanal*, we were like "ok, we need lots of condoms and lots of lube and we can't get them from those instances". And then we went to a gay men's group, and then they gave us lots of things … and that was not really it…
I mean there is some really good groups in Berlin, they go to sex partys, they go to clubs and bars, and they distribute things, but…its not the same kind of things than in the lesbian trans* scene.

Actually about a year ago - it was a group of friends, it was a mixup, some straight guys, some queers, and someone said that she was gonna go to this queer sexparty at *Schwarzerkanal* and… someone else said "oh I've got some condoms in my bag, do you wanna take them?" and then this other guy said "what do you need condoms for going to a lesbian party?"…!!
I guess, in the scene…in the lesbian trans* scene, the people who go to [sex]partys and things, they have quit a good idea [about safe sex], but there is also a lot of people who don't go to partys, and…so also have different conceptions of what *safer sex* is.

C: Actually I was living in a house project and..only the first floor was mixed gendered, and the rest of the house, like 20 people or so, were…there was a frauen-lesben-trans* space. And it was a poster there..it was like "can a kiss kill somebody" or something, kind of like pointing out the … yeah, if for example you have harpies and you kiss somebody who is positive …that can be really dangerous for that person. And it was also kind of questioning the assumption that, "can't lesbians and queer women get HIV? "And I had actually never really thought about it before... That was about 2 years ago.

C: In the *lesben-trans** scene I'm involved, it's more normal to have a non monogamous open relationship than to have a one stably relationship with someone. I hardly know anybody who does that. "

Joan:

26 ans, étudiante en Sciences de l'éducation et en Etudes Genres. A vécu longtemps aux Etats-Unis et habite maintenant à Berlin depuis quelques années. Elle se definit comme lesbienne.

J: [Die einen meinen halt, dass das] Risiko total gering ist, bis heute, […] es ist total unterschiedlich was dazu gesagt wird. Es wird gesagt es ist überhaupt kein Risiko, also es sei eigentlich total schwierig das zu übertragen, bis hin zu „man soll keine Handtücher gemeinsam benutzen". Also es ist total absurd. Irgendwann hab ich mich dann auch testen lassen und es war negativ und es war ok aber es ist ein bisschen… […] ganz schön anstrengend! Ja, gerade als wir seit 3 Monaten *safen Sex* hatten mit meiner Freundin haben wir dann irgendwann angefangen zu denken : hey, Heten würden das alles überhaupt nicht unter *safen Sex* fallen lassen ! Was machen wir jetzt?"

J: Es [ist] hier auf jeden fall total individualisiert, und selbst ich hab alles - oder überwiegen - was an *safe Sex* Materialien ist aus den USA.

Jutta:

27 ans, étudiante en « Etudes régionales Asie/ Afrique » et en Etudes Genre, habite dans une « colocation queer » et vit sa première relation avec une femme depuis un an sous forme de couple ouvert.

N: Du sagst du lebst lesbisch seit einem Jahr. Bist du in einer Beziehung?
J: …ja…man kann's Beziehung nennen.
N: und da hast du *safen Sex*?
J: Ne. Also meistens nicht. Manchmal. Es macht auch Spass!
N: …aber dann halt eher so zum ausprobieren?

J: Ja schon auch mit dem Anspruch dass wir dann zumindest mit den Materialien umgehen können…damit es halt nicht so fern liegt, ja? Wenn jetzt doch auf ner Party oder sonst irgendwo… also für mich ist das so n bisschen die Motivation, also wenn ich auf ner Party oder sonst mit Irgendjemandem anderen ins Bett gehe, dann will ich das parat haben damit ich damit umgehen kann. Und nicht dann irgendwie (:::) bin nur weil Handschuhe auftauchen. Und deswegen, also für mich war das so der Ansatz, also weniger dass wir jetzt immer *safer Sex* miteinender haben müssen, den wir zurzeit sozusagen gar nicht haben, sondern dann ehr sozusagen eine Uebungsfrage….weil das lernt man ja nicht! Es ist nicht so leicht, find ich…

J: Also als ich das erste Mal so n Handschuh gesehen habe. Vor allem diese hässlichen…die die…den Kalk den sie da so benutzen, dieses trocken Pulver … da geht gar nichts mehr…es gibt ganz coole, mit anderen geht es ja auch ganz gut aber… das ist halt auch n Problem. Es ist irgendwie schwer zu finden, sau teuer, also die guten *Dental Dams* und ich weiss nicht... Die sind halt alle total teuer, und wenn man da für ein Set irgendwie 3 Euro zahlt…man geht ja mit einem Set nicht mal durch eine Nacht! Also da muss man sich halt echt überlegen! Ob man sich das leistet… aber, dass das auch ein Hindernis…wenn es irgendwie auf Partys verteilt würd, wie Kondome halt, Kondome sind auch nicht teuer, und das sollen sie auch nicht sein damit sie benutzt werden. Und andersrum könnte man es halt auch so machen. Dann würde das material vielleicht auch eher benützt, wenn man es nicht aufwendig recherchieren und suchen müssten… und dann merkst du erst noch „ah das sind die ekligen, also müssen wir noch mal neue suchen“..

J: Ich hab das Gefühl, in Berlin gibt es auch eine sich als queerverstehende Lesbenszene, die auch nicht in so „normalen“, heteronormativen Beziehungsmustern lebt. Und ich weiss jetzt nicht wie ein lesbisches Pärchen in einem Einfamilienhaus in der Pampa…wie die jetzt mit *safer Sex* umgehen. Ich kann mir vorstellen das, dass auch noch mal ein Unterschied ist, dass wir hier sowieso einen andern Umgang mit Sexualität haben, als die Norm es vorgibt.“

Marina:

27 ans, étudiante en Allemand et en Histoire, active depuis trois ans à l'association lesbienne de l'université, vit dans une « colocation queer » et se définit « plutôt comme bi ou queer ».

M : [Ich bin] seit einem halben Jahr sensibler [für das Thema Aids], seit ich Jemanden kenne, der HIV hat.

M: Also wenn ich in einer festen Beziehung bin, dann hab ich meistens nicht so gerne so geschützten Sex. Und wenn ich mich so darauf verlassen kann, dass meine Freundin oder so auch keinen andere ungeschützten Sex hat, dann… dann schütz ich mich nicht. Und sonst sind mir Handschuhe wichtig und…ja *Dental Dams* benutz ich selber auch fast nie.

N: Gibt's dann verschiedene Kontexte in denen du dich mehr oder weniger dem Risiko ausgesetzt fühlst? Ich denke jetzt an verschiedene Praktiken zum Beispiel.
M: also…ich glaube ich hab dir ja schon gesagt, dass ich mich als bi definiere und auch Sexualität mit Jungs habe. Und da find ich ist…also da würd' ich mich auf jeden Fall immer schützen…weil ich es da irgendwie viel sensibler finde…oder auch, keine Ahnung, das Risiko höher einschätze. Und sonst…Ja, ich würd' halt denken - ich weiss es auch

nicht genau, aber so aus Broschüren oder so - dass oral Sex mit Frauen… also, dass ich das als nicht so schwerwiegend einschätze als jetzt zum Beispiel mit Fingern oder so, weil ich halt an den Fingern viel häufiger Wunden habe. Und dann ist es mir da glaub ich wichtiger mich zu schützen.

N: Und wie kommt denn das an…ich meine, dass du *safer Sex* haben möchtest?
M: Also ich finde in so ´nem Rahmen wie auf *Sexpartys* oder so, find ich wird das schon total akzeptiert, wenn man das so einfordert. Und in Liebesbeziehungen find ich es manchmal schon schwierig.
Also manchmal hab ich auch so… keine Ahnung… so offene Beziehungen. Und bei einer Freundin wusste ich das halt auch, dass sie öfters ungeschützten Sex mit andern hatte. Und dann hab ich ihr so gesagt, dass ich halt nicht mehr mit ihr schlafen will wenn wir …es nicht geschützt machen. Und das hat so total zu so Streitereien geführt. Irgendwie fand sie das voll doof.
N: und wie schätzt du das generell ein, ist das oft so?
M: Ja also ich glaube schon das es so in der Lesbenszene häufiger schwer ist das einzufordern weil das halt nicht wie so in Heterobeziehungen oft noch mit …Schwangerschaftsverhütung verbunden ist. Also ich glaub das ist dann da auch viel leichter zu sagen „ich will das nicht" weil da einfach klar ist man will das Risiko nicht eingehen ein Kind zu kriegen. Deswegen, denke ich… dass in der Lesbenszene das Risiko halt geringer eingeschätzt ist das man sich anstecken kann und dann auch irgendwie schwierig ist…das einzufordern.

Masha :

25 ans, licenciée en anthropologie, se définit comme lesbienne et se dit active dans un groupe de féministes matérialistes radicales.

M : Ich denk mal, ich hab jetzt *safer Sex* in die Lesbensexualität integriert…auch weil,… darüber zu reden hat mir halt auch erlaubt über *lesbische* sexuelle Praktiken zu reden (wie Möse an Möse reiben) oder andere die bei den Heten weniger verbreitet sind ..wie zum Beispiel fisten. Das sind Praktiken die ich zuvor nicht so klar kannte oder sogar gar nicht konzeptualisiert hatte.

M: Erst hab ich mich überhaupt nicht darum gesorgt. Die Frage über Aids Prävention und sonstigen sexuellübertragbaren Krankheiten ist mir aus Prinzip durch den Kopf gegangen aber ich hab mich dann auch nicht darum gekümmert. Das war dann bis meine lesbischen (feministischen) Freundinnen mir eine *safe Sex* Lektion erteilt haben. Die haben das sehr ernsthaft eingeführt: wie hast du dich geschützt und so… seit ich ihren Ernst gesehen habe mach ich mir auch etwas mehr Gedanken darüber. […] Sagen wir mal: ohne lesbische Freundinnen, keine Prävention.

Meret :

Connue dans les scènes lesbiennes pro-sex comme « sexperte » de Berlin. Tenancière d'un sexshop pour femmes ouvert un jour par semaine. Elle organise des sexpartys pour femmes et trans dans les sexclubs berlinois en moyenne quatre fois par an; elle est par ailleurs éditrice et productrice de plusieurs films pornographiques lesbiens ; au cours des années 90, Meret a fondé le Club Rosa, un service d'escortes lesbien.*

M: Die (*Dental Dams*) wurden dann speziell Lesben empfohlen. Die ja bekanntlich viel Oralsex machen, im Gegensatz zur restlichen Bevölkerung, die ja bekanntlich keinen macht… (lacht) deswegen wurde das speziell Lesben empfohlen, ja? Und am Anfang waren die so richtig dick, so wie Pirelli Reifen. Und dann sind die irgendwann dünner geworden, und dann hat man auch gemerkt, dass *Dental Dams* nicht so sexy ist und es die Lesben nicht benutzt haben. Warum auch? Weil der Rest der Bevölkerung auch nie dazu aufgefordert wurde oder auch keine Verhütung aufgemacht hat, oralmässig gesehen.

M: Wir haben Filme darüber gemacht, und auch die ersten Pornos, Lesbenpornos sind *meistens safer sex*. Also da siehst du immer Handschuhe und Gummis über die Spielzeuge und *whatever*. […] Der erste Lesbenporno den wir hier gedreht haben, der heisst „safe" und das ist die Abkürzung von „Sapho's allerotische feministische Produktion" und da geht's unter anderem um ein Pärchen und ich spiel da ne Krankenschwester die über *safer Sex* aufklärt und den beiden immer den Gleitgel reicht und die Handschuhe und die Spielzeuge und alles mögliche.

M: Ich finde das es prinzipiell gar nicht um Aids Prävention geht sondern um allgemeine Übertragungen. Und ich meine es gibt Infektionen von allen möglichen Sachen wo wir nicht mit dem Namen ´von wissen. Und ich mach das hier mit allen, dass ich ihnen das an die Hand und sonst wo lege (lacht). […]Aber es ist halt einfach im Moment nicht mehr so n Thema und ich find's auch ganz ok, dass man nicht dauernd… weißt du, so n bisschen Beruhigung. Es war ja auch so ne Aids-Hysterie.
Und ich würd's halt einfach nicht mehr nur auf Aids beziehen sondern eher allgemein: „Leute schützt euch, nutzt Gummis, ja? Zieht sie auch über ... dass die nicht nur da rum liegen." Das ist nach wie vor wichtig, aber nicht nur wegen Aids.

M: Also ich kannte da keine - keine einzige - die auch im Entferntesten auch nur in Gedankten darauf gekommen wäre kein *safer Sex* zu machen. Und so war ich selber auch drauf. Ich war viel in Amerika um und ich war so *safe* und alle meine Beziehungen hatten das auch zu sein. Das war für mich überhaupt keine Diskussion. Ich hab da echt nicht darüber diskutiert. Es war die Norm. Und das kam dann hier auch rüber. Und wenn du hier auch n bisschen unterwegs bist, dann auch. Aber ich hab das auch innerhalb der Beziehungen total streng gehandhabt. Da hab ich wirklich nicht mit mir reden lassen. So streng bin ich jetzt nicht mehr aber ich fand s auch wichtig. Ich hab mich da so intensiv damit auseinandergesetzt und fand es auch so überzeugend…und insofern auch toll, dass die das so konsequent durchgezogen haben.
Und ich hab auch Freundinnen die das immer noch ganz streng so handhaben. Und das ist auch gut. Ich mein, wichtig ist ja, dass du dich damit auseinandersetzt - ne Haltung dazu kriegst.

<u>Paula:</u>

Collaboratrice à la Lesbenberatung*, responsable des questions touchant au désir d'enfant. Paula a participé à l'édition de la brochure „Frauenlust".*

P: Offizielle Statistiken gibt es keine, nur Meinungen - die eine fast einmalige Bandbreite erreichen.

P: Es [*safe Sex* für Frauen] ist ein gleichbar-kontinuierlich nicht besonders beliebtes Thema.

Sonja :

31 ans, étudiante en Etudes Genre, se dit active dans la « scène queer » depuis 2007, tient un blog sur la « Feministische Naturwissenschafts- und Technikkritik ». Sonja dit habiter actuellement dans une « colocation queer » et vivre dans une relation ouverte depuis quelques temps.

S: Ich bin halt nich in ner festen Beziehung, so in dem Konzept wie ich das vorher gehabt hatte, und hab halt da relativ viel Leute kennen gelernt, auch bezüglich sexueller Kontakte. Ich bin da recht aktiv. Und da ist mir halt … ehrlich gesagt ist mir das Thema erst später durch Zufall, durch ne Freundin, begegnet. Ich hab vorher *safer Sex* gar nicht konzeptualisiert. Und hab dann halt angefangen mich mit ihr darüber zu unterhalten. Und sie ist auch durch Zufall gerade erst auf das Thema gestossen, so dass wir uns halt zusammen darüber unterhalten haben. Und seither schau ich halt….Wir haben's halt nicht nur - oder wenig - im Kontext von Aids problematisiert. Sondern allgemein im Kontext von Geschlechts Krankheiten. Also damals wurde problematisiert diese […]Warzen, Klamydien, und…ach ich hab's vergessen!
Letztendlich gibt's ja ne ganze menge an Geschlechtskrankheiten. Wir haben das denn auch mal ausprobiert, was es dann da so alles gibt. Und wir haben uns dann nach ner Weile auch getrennt. Also es war alles so relativ kurzfristig. Was mich dann, ab dem Zeitpunkt, erstaunt hat…also erst mal: dieses Bewusstsein, dass es halt ja eigentlich ne Auseinandersetzung damit geben sollte. Und auf der anderen Seite die Praxis, dass es halt das gerade im lesbischen Kreis überhaupt nicht gibt. Und wenn man dass den mit Jemandem anspricht…andere konzeptualisieren dass halt oft über Aids und da scheint die Meinung vorzuherrschen, dass es unter Frauen kein Problem ist.
Und ich war dann später, in 2008 glaub ich, in der *Lesbenberatung* hier in Berlin. Also eigentlich war ich zu nem Kickerturnier und dann hab ich mir da auch die Räumlichkeiten angeguckt und die Themenbereiche. Und da ist mir halt auch aufgefallen, dass auch da *safer Sex* überhaupt nicht aufgetaucht ist. Ich bin dann mal explizit zu denen gegangen - zu denen die das ganze betreuen - und hab die gefragt warum das hier so gar nicht thematisiert wird. Also da ist mir das auch so eingefallen wie das so typisch ist, wie auch das was ich auf der privaten Ebene erlebt hab…. Da wurde mir dann erzählt, dass es auch durchaus Aufklärung gibt. Aber sie haben's halt - aus irgendwelchen Gründen, das hab ich jetzt vergessen welche, ich glaub sie hat's auch nicht wirklich gesagt warum - es dann auftaucht … aber es gibt eine Beratung innerhalb der *Lesbenberatung*, nur auf Ansprache, und sie hat mir dann gleich mal so n 15minuten Vortrag hingelegt wie *safer Sex* zumachen ist und was wichtig ist und, dass es halt auch n verbreitetes Misswissen ist, dass es bei Frauen kein Problem darstellt und, dass halt gerade Frauen auch durch Menstruationsblut und ähnliche Sachen auch sehr betroffen sind. Oder betroffen sein können von dem Thema.

S: Ich bin zum Teil immer noch sehr darüber [das Risiko] verunsichert. Das wurde durch die *Lesbenberatung* so n bisschen grundiert - dieses Misswissen - dass ich mich nicht ganz von dem verunsichern lasse. Aber ich merk halt, dass es immer noch da ist […] aber es zeigt sich auch dass es kein individuelles Defizit ist, es schein ein generelles Problem zu sein. "

S: Das wär' dann bei mir auch ne ganz grosse Kluft zwischen Theorie und Praxis. Da hab ich echt ´mit zu kämpfen. Und das ist halt auch das Ding, dass ich das nicht in der Hand habe. Dass ich mir total albern damit vorkomme."

S: Also mir ist aufgefallen, dass es halt bei den ganzen Festivals - bei diesen do *it your self Festivals* die ja auch in der Lesbenszene - also zumindest in dem Kreis wo ich in der Lesbenszene verkehre - also eher in der queer-femisnistischen-polit-Szene, da gibt es auch oft *Workshops*, auch zu Sexualität, sexuellpraktische Aspekte. Und da wird *safer Sex* eigentlich immer mit thematisiert. Und da wird auch das material zur Verfügung gestellt. Da ist es sozusagen ne Selbstverständlichkeit.

Trouble X

Les illustrations du chapitre III sont tirées des collections de Trouble X. Trouble X a 34 ans, se dit active-actif dans la „radikal-links-anarcho-queer-feministische-Szene“, dans la „urban-art-Szene“ et partiellement dans la scène trans*. Elle-il est active-actif en tant que dessinatrice-dessinateur de *comix* qu'elle-il édite et distribue sous forme de *fanzines*. Trouble X se définit également comme sérigrapheuse-sérigrapheur et vend ses impressions sur les marchés aux puces hebdomadaires. Ses productions ont, dit-elle-il, un contenu politique et reflètent ses réflexions et son vécu de l'hétéronorme.
http://www.myspace.com/troublextroublex

Annexe II : « Positiv Leben », *Lespress*, décembre-janvier 2005/06

Positiv Leben

Wenn sie mit ihrem Rollstuhl mit der großen Regenbogenflagge durch Hamburg saust, dann fällt sie einfach auf. Ihr Lachen ist laut und unwiderstehlich, ihre positive Energie lässt sie leuchten. Nicole ist 27, Lesbe und HIV-positiv. Damit hat die gay community so ihre Schwierigkeiten. "Ich habe da schon Erfahrung mit Vorurteilen machen müssen", sagt Nicole und zaust ihre kurzen dunkelblonden Haare. "Besonders beliebt ist die Frage, woher ich es denn habe - mit dem Hintergrund, ich könnte doch gar keine richtige Lesbe sein oder hätte vielleicht sogar eine Drogenvergangenheit. Dabei spielt das doch wirklich keine Rolle, denn es gibt keine Infizierten erster oder zweiter Klasse."

Wer sich mit ihr anlegt, muss eine Menge aushalten können, denn Nicole ist keine Frau für Kompromisse. Sie hat Power und sie hat Mut. Dabei ist ihr oft nicht klar, wie einschüchternd sie mit ihrer Toughness auf andere wirken kann. Auch das ist eine Folge ihres HIV-Status. Die Diagnose hat ihr Leben in andere Bahnen gelenkt. Wem klar ist, dass die Uhr tickt, der hat die Chance aufzuwachen, und Nicole nutzt sie konsequent.

An den Sonntagnachmittag vor mehr als zehn Jahren erinnert sich Nicole noch ganz genau. Bei einer Fahrradtour fährt sie wie immer mit vollem Tempo vorneweg, da fliegt sie schon über den Lenker. Nur ein paar Schürfwunden, denkt sie, doch die bluten ganz schön und müssen versorgt werden. Das geht wegen des Wochenendes nur in der Klinik. Dass man sie dort im Rahmen einer Studie fragt, ob man ihr Blut auf Infektionskrankheiten untersuchen dürfe, kriegt sie gar nicht so richtig mit. Sie hat den Vorfall fast schon vergessen, als das Krankenhaus erneut anruft: Ob sie noch einmal vorbeikommen könne? Ohne Warnung erfährt sie dort die schreckliche Wahrheit: Sie ist HIV-positiv.

Wie betäubt fährt sie den ganzen Nachmittag mit dem Bus durch die Stadt. „Zuerst hab ich gedacht, die könnten mich nicht meinen, woher soll ich das haben?" Dass sie sich bei ihrer Freundin, ihrer ersten Liebe, angesteckt haben könnte, ist ausgeschlossen. „Naja, vielleicht lebst du noch drei Monate, hab ich gedacht. Ich wusste eigentlich viel darüber, aber in diesem Moment war da nur noch ein blackout."

Bis zu diesem Tag hatte Nicole verdrängen können, dass in

ihrem Leben schon lange nichts mehr in Ordnung war. Nach außen hin sah alles prima aus: Vater Ingenieur, Mutter Hausfrau, zwei Schwestern, ein Häuschen im Grünen. Dass der Vater Nicole schon missbrauchte, bevor sie zur Schule kam, konnte sie niemandem anvertrauen. „Zuerst habe ich nicht verstanden, was da passierte. Später war es wie eine Strafe - ich hatte Schuldgefühle, und damit hat mein Vater mich dazu gebracht, die Klappe zu halten."

Keiner in der Familie wusste, was vorging, denn Nicole redete nicht darüber und tat immer, was ihre ehrgeizigen Eltern von ihr verlangten. Ihr ganz allein gehörte nur die Musik, „das war mein Stück Freiheit. Wenn ich Geige gespielt habe, konnte mir keiner was."

Mit vierzehn erlitt sie einen lebensgefährlichen Reitunfall. Monatelang lag sie mit schweren Bein- und Kopfverletzungen im Krankenhaus und hatte endlich Zeit zum Nachdenken. Enttäuscht stellt sie nach ihrer Rückkehr aus dem Krankenhaus fest, dass zuhause alles weiterging wie vorher. Abfinden wollte sie sich damit nicht, immer häufiger gab es Streit mit ihren Eltern. Nicole haute öfter ab, bis die Eltern genug hatten, sie wurde in die Psychiatrie eingewiesen. Hilfe bekam sie auch während ihres längeren Aufenthaltes dort keine, weil sie niemanden fand, mit dem sie hätte reden können. „Ich habe nur eins gewusst: So geht das nicht weiter."

Kurz nach ihrer Rückkehr aus der Psychiatrie passiert dann der Fahrradunfall. Und wieder bleibt Nicole mit ihrer Angst allein. Vom Ergebnis ihres Tests erzählt sie keinem, schließlich erscheint ihr die ganze Situation unwirklich - hat sie alles nur geträumt? Sie glaubt sich selbst nicht mehr.

Doch sie findet die Kraft, ihr Leben selbst in die Hand zu nehmen. Sie zieht aus und beschließt, den Vater anzuzeigen. Weil sie sich bei dem Missbrauch, der über Jahre statt fand, jedoch nicht an genügend Einzelheiten erinnern kann, reichen die Beweise für eine Anklage nicht aus. Sie bricht die Schule ab, sucht sich eine eigene, kleine Wohnung; dass sie dafür Geld von ihrem Vater nehmen muss, findet sie zwar nicht gut, aber sie hat keine Wahl, schließlich muss sie von irgendetwas leben. Zuerst spürt sie keine Wut auf den Vater, der sie mis-

Positiv Leben

sbraucht und infiziert hat, sie ist wie versteinert. Als sie ihn mit ihrer Infektion konfrontiert, ist sie über seine Reaktion fassungslos: Er gibt zwar zu, selbst HIV-infiziert zu sein und findet, dass sie beide nun im selben Boot sitzen, er will mit ihr auch darüber reden. Doch dass er Schuld an ihrer Infektion trägt, weist er weit von sich, für ihn hat der Missbrauch nie stattgefunden.

Zu einer erneuten Anzeige hat Nicole nach den Erfahrungen nicht mehr den Mut. Erst nach Jahren fühlt sie endlich eine tierische Wut auf ihren Vater: „Klar hätte ich ihn da umbringen können. Doch dann hat mir mein Verstand gesagt, dass ich dabei die Doofe wäre, wenn ich ihm was antue." Wenn die Wut in ihr hoch kommt, schreit sie sie laut heraus oder schlägt zuhause auf ein Kissen ein: „Das hilft."

Mit der Diagnose HIV allein zu bleiben, hält Nicole nicht aus. Zuerst erzählt sie es einer langjährigen Freundin. Die macht ihr Mut: „Sie hat es akzeptiert und mir so geholfen, damit umgehen zu können." Immer öfter traut sich Nicole, wenn auch noch mit gemischten Gefühlen, aus der Deckung. Vorsichtig lenkt sie dann erst einmal das Gespräch allgemein auf das Thema HIV/AIDS, bevor sie deutlicher wird. Die Reaktionen darauf sind unterschiedlich, aber es wird ihr schnell klar, dass die meisten Menschen erst einmal Angst haben, wenn sie von ihrer Infektion erzählt.

Natürlich hat sie dabei Freunde verloren, „aber im Nachhinein kann ich sagen, das waren dann auch keine guten Freunde." Doch auch die reagieren zuerst panisch und jeder, dem sie es erzählt, stellt die gleichen Fragen: Woher hast du das? Wie geht¥s dir? Wie kannst du damit leben? „Bei der ersten Frage frag ich meist zurück, warum demjenigen, der fragt, das wichtig ist. Ich hab doch keinen Bock, mich in eine Ecke drängen zu lassen, und das muss auch nicht jeder wissen. Bei den anderen Frage antworte ich halt so, wie es gerade ist." AIDS ist ein Teil ihres Lebens geworden, aber sie hat keine Lust, sich davon dominieren zu lassen: „Ich bin doch kein wandelndes Virus!" Die Auseinandersetzung hat sie stärker und selbstbewusster werden lassen: „Früher habe ich mich schnell in die Defensive drängen lassen, heute haue ich eher auf den Putz, weil ich damit die Situation in der Hand habe."

Seit einiger Zeit lebt Nicole in einer Partnerschaft mit einer Frau, mit der sie davor schon jahrelang befreundet war. „Für sie war klar, dass ich positiv bin, als sie sich darauf eingelassen hat", sagt Nicole nachdenklich. „Zu Anfang hatte sie auch ganz schön Probleme mit ihrer Angst, dass ich sie verlasen, also sterben könnte." Die Familie der Freundin lässt die beiden ihre Vorurteile spüren, „aber wir schaffen das schon."

Sex sieht Nicole ganz pragmatisch: „Bei Praktiken außerhalb von S/M sehe ich keine Risiken. Ich kenn auch keinen Fall, bei dem sich eine Frau bei einer anderen angesteckt hat." Trotzdem plädiert sie ganz entschieden für Safer Sex-Praktiken: „Ich will mich schließlich nicht mit anderen Krankheiten infizieren, die für Frauen mit einem gesunden Immunsystem nicht weiter problematisch, für mich aber sehr gefährlich sein können."

Was die gay community angeht, lebt sie eher zurückgezogen. Mittlerweile kennt sie andere, HIV-positive Lesben, „ich würde aber gern noch mehr kennen lernen." Diskussionen mit betroffenen Lesben bringen ihr mehr als Treffen mit anderen HIV-infizierten Frauen, „da gibt's einfach zu wenig Gemeinsamkeiten." Lieber trifft sie sich mit ihrem großen Freundeskreis zum Kochen, Spielen oder zum Konzert und arbeitet ehrenamtlich in der AIDS-Hilfe. Geändert hat sich an ihrem Verhalten durch die Diagnose kaum etwas: „Durch den schweren Unfall habe ich schon vorher mehr auf mich geachtet." Nicole trinkt keinen Alkohol, sie raucht nicht und ist Vegetarierin.

Von den Kombipräparaten, die für viele HIV-Infizierte zum Teil spektakuläre Erfolge bringen, hält sie nicht viel. Die lebenslange Einnahme der Medikamente bedeutet für sie einen radikalen Eingriff in den Alltag, damit ist die Krankheit an jedem Tag ihres Lebens unausweichlich präsent. „Ich habe mich ganz bewusst dagegen entschieden. Ich will nicht, dass die Krankheit mit mir lebt, sondern dass ich damit lebe. Fast alle meine Freunde nehmen diese Tabletten, und ich habe das Gefühl, dass dieses Virus oder diese Krankheit - je nachdem, wo sie stehen - ihr Leben beherrscht. Selbst wenn es die Konsequenz haben sollte, dass ich damit länger leben würde, bleibe ich bei meiner Entscheidung."

Noch geht es ihr gut, und sie hat ihr Leben allein in den Griff gekriegt. Darauf ist sie stolz. Das ersehnte Musikstudium war nach dem schweren Unfall ohnehin kein Thema mehr, und dass sie als Spätfolge nun im Rollstuhl sitzt, ist eben so. Mit ihrem Job bei einem Instrumentenbauer ist sie unabhängig und kann ihre eigene Wohnung finanzieren, zu ihrer Familie hat sie jeden Kontakt abgebrochen. Dass ihre Zeit begrenzt sein wird, ist ihr klar, Wichtig ist für sie, „einen Weg zu haben, ein Stück auf eigenen Füssen zu stehen und das Gefühl zu haben, es geht weiter. Für mich ist das schon viel, dass ich weiß, wer ich bin und wo ich stehe. Ich plane nur noch meine nahe Zukunft", sagt sie ohne Sentimentalität.

Misha Leuschen

Namen ist von der Reaktion geändert.
Wer mit Nicole Kontakt aufnehmen möchte,
kann das über lespress tun,
Briefe werden von der Redaktion weiter geleitet