



FACULTÉ DE PSYCHOLOGIE
DES SCIENCES DE L'ÉDUCATION
ET DE LOGOPÉDIE

OBSERVATOIRE
DU SIDA ET
DES SEXUALITÉS



LETTRE D'INFORMATION – SPECIALE DÉBUT D'ANNÉE

N°48

FÉVRIER 2026



ÉDITION SPÉCIALE

Pour ce début d'année 2026, l'Observatoire du sida et des sexualités souhaite vous offrir une lettre d'information un peu spéciale. Au lieu de vous tenir au courant sur nos nouveautés, publications, séminaires et conférences, nous allons **vous offrir un petit plongeon dans certaines des contributions les plus récentes et marquantes de chercheurs et chercheuses de notre équipe.**

Bonne lecture à vous.

Vous pouvez retrouver cette lettre

d'Information en format .pdf sur notre site internet

Femmes ignorantes, femmes ignorées ? Comprendre le non-usage des nouvelles technologies de prévention du VIH.

de Sarah Demart & Charlotte Pezeril

Cet article propose une généalogie critique de l'ignorance entourant les femmes africaines et afrodescendantes dans la lutte contre le VIH. En mobilisant les *ignorance studies* et une lecture féministe, intersectionnelle et postcoloniale, Sarah Demart et Charlotte Pezeril montrent que l'absence actuelle de ces femmes dans les politiques de prévention biomédicale – notamment la PrEP (prophylaxie pré-exposition au VIH) – ne peut être comprise qu'à la lumière d'une histoire longue de marginalisation multidimensionnée. Loin d'être un oubli accidentel, cette ignorance est le produit de mécanismes structurels inscrits dans les savoirs scientifiques, les politiques de santé publique et les rapports de pouvoir, depuis les débuts de l'épidémie jusqu'à aujourd'hui. Pour analyser ces dynamiques, les autrices s'appuient sur la typologie de l'ignorance développée par Nancy Tuana (2006), qui permet de penser l'ignorance non comme un simple manque de savoir, mais comme un outil actif de domination et de hiérarchisation sociale.

L'ignorance comme construction sociale

L'étude s'inscrit dans le courant de l'agnotologie, qui interroge non pas ce que l'on sait, mais ce que l'on ne sait pas et pourquoi, on ne le sait pas. Demart et Pezeril montrent que l'ignorance est activement



produite par des institutions scientifiques et politiques, notamment à travers des effacements épistémiques, la naturalisation de l'altérité (Femmes, Africain·es, Migrant·es), ou encore des processus de racialisation et de silenciation des savoirs minoritaires. L'article relie ainsi la production de l'ignorance à la reproduction des rapports de domination sexistes, raciaux et (post)coloniaux.

La PrEP et les femmes africaines : un public "rendu ignorant"

L'un des constats centraux est que les femmes africaines et afrodescendantes, bien qu'identifiées comme "public prioritaire" face à l'épidémie, restent largement absentes des dispositifs de prévention biomédicale. En Belgique, moins de 1 % des personnes utilisant la PrEP sont des femmes aujourd'hui. Cette situation s'explique par plusieurs formes d'ignorance articulées : une ignorance volontaire, avec le refus d'inclure les femmes dans les essais cliniques ou les campagnes de promotion de la PrEP ; une ignorance consciente, marquée par une indifférence assumée, souvent justifiée par des stéréotypes sur leur "mauvaise observance" ; et une ignorance institutionnelle, liée à des politiques de santé qui excluent les femmes migrantes en situation précaire.

La production biomédicale de l'ignorance : un héritage androcentré

Historiquement, les savoirs sur le VIH/sida se sont construits autour d'un prisme masculin, blanc et homosexuel (le « cancer gay »), ignorant même la possibilité d'une transmission féminine jusqu'au milieu des années 1980. Les femmes africaines/noires ont été à la fois instrumentalisées (comme objets de recherche) et exclues (comme sujets du savoir). Les essais cliniques, marqués par des biais androcentriques et raciaux, ont longtemps conceptualisé les femmes comme mères, prostituées ou victimes passives, réduisant leur agentivité sexuelle.

Cette "ignorance ignorée" entretient une compréhension partielle des besoins spécifiques des femmes et pérennise leur marginalisation scientifique.

Les femmes afrodescendantes : de "témoins" à "non-sachantes"

L'article décrit aussi une injustice épistémique structurelle. Les femmes noires vivant avec le VIH en Belgique sont rarement reconnues comme expertes ou militantes légitimes. Leurs associations (par ex. Écho séropos d'ici et d'ailleurs, Libiki) ont souffert d'un manque de soutien institutionnel et financier, conduisant à leur disparition. Les autrices soulignent un extractivisme épistémique : les récits de ces femmes sont sollicités à des fins de témoignage, mais sans réelle reconnaissance de leur savoir ni pouvoir d'action.

Ignorance, pouvoir et possibilité de transformation

L'ignorance entourant les femmes africaines et, ou noires dans la lutte contre le VIH ne découle pas uniquement d'intérêts économiques, mais d'un ensemble de "blocages passifs" – incertitudes, silences et inerties institutionnelles. Cependant, l'article ouvre une perspective critique en évoquant la notion d'"ignorance bienveillante" (reprise de Mikulak), qui pourrait devenir un levier de co-construction du savoir entre professionnel·les de santé et femmes afrodescendantes, à condition d'être reconnue et travaillée collectivement.

Cette marginalisation ne tient pas à un manque d'intérêt des femmes, mais à régime de savoirs racialisé et genré qui les invisibilise structurellement. Les autrices en appellent donc à une réarticulation féministe, décoloniale et intersectionnelle de la santé sexuelle, intégrant le plaisir, le consentement et l'empowerment des femmes, au-delà des seules logiques de risque.

Sarah Demart & Charlotte Pezeril (2024). "Femmes ignorantes, femmes ignorées ? Comprendre le non-usage des nouvelles technologies de prévention du VIH". *Nouvelles Questions Féministes*, vol. 43, n°1, p. 88-103.

EN SAVOIR PLUS



Le genre en santé: pour un outillage conceptuel et pratique

de Aurélien Aromatario - préface de Charlotte Pezeril et Sandrine Detandt

Le rapport propose un cadre théorique et pratique pour comprendre la manière dont le genre structure la santé, non seulement comme catégorie descriptive mais comme rapport de pouvoir et opérateur épistémique. S'inscrivant dans le développement du Service de support en matière d'approche genrée des inégalités de santé (SESU Genre) de la Région de Bruxelles-Capitale, ce texte vise à doter les institutions et les professionnel·les d'un outillage conceptuel pour intégrer le genre dans les politiques publiques et les pratiques médicales. Le Service de support en matière d'approche genrée des inégalités de santé (SESU Genre) de la Région de Bruxelles-Capitale est le fruit de la collaboration entre l'Observatoire du sida et des sexualités et l'asbl Femmes et Santé.

Le genre comme déterminant transversal de la santé

L'auteure change d'angle de vue. Au lieu de se concentrer sur les inégalités entre hommes et femmes dans le domaine des soins, elle analyse comment le genre imprègne l'ensemble du champ de la santé, c'est-à-dire les institutions, les connaissances biomédicales, les politiques et les expériences vécues. Cette approche s'appuie sur une double ambition : refuser la réduction du genre à une variable statistique ; analyser comment il produit, naturalise et légitime des inégalités structurelles entre individus et groupes. La santé devient ainsi un lieu d'analyse des rapports sociaux, articulant les dimensions corporelles, symboliques et politiques.

Cadre théorique : santé, pouvoir et savoir

La première partie définit la santé dans sa complexité contemporaine. À la suite de Canguilhem (2013), Foucault (2001) et Fassin (2003b, 2021), Aromatario montre que la santé ne se limite pas à l'absence de maladie, mais relève d'un champ biopolitique où s'articulent normes médicales, dispositifs institutionnels et valeurs sociales. Les politiques de santé publique participent à un gouvernement des corps, souvent traversé par des biais de genre, de classe et de race. Les concepts de vulnérabilité, précarité et care sont revisités : ils ne renvoient pas à des qualités individuelles, mais à des rapports sociaux inégaux. Inspirée par Butler (2012) et Tronto (2009), l'auteure souligne que la vulnérabilité est socialement distribuée et que le care constitue un espace où se rejouent les hiérarchies de genre et de valeur des vies humaines. Cette analyse débouche sur le modèle des inégalités sociales de santé (ISS) de l'Organisation mondiale de la santé (2005, 2010), lue à travers une grille intersectionnelle : les déterminants matériels, symboliques et politiques s'entrecroisent dans la production d'inégalités de santé.

Genre et santé : déconstruire la "sexospécificité"

Le document critique la notion de santé sexospécifique, adoptée par l'OMS dans les années 1980, qui tend à figer le sexe en deux catégories binaires et à considérer la santé des femmes comme un cas particulier (Favier, 2014). Cette approche produit une binarisation artificielle et invisibilise les trajectoires des personnes intersexes, trans et non binaires (Fausto-Sterling, 2012 ; Joel, 2012 ; Clochec, 2023). Aromatario plaide pour une lecture queer et matérialiste du genre : le genre est un système hiérarchique de production des corps et des savoirs (Delphy, 2008 ; Butler, 2006) ; il précède la construction même du sexe biologique (Kraus, 2000 ; Dorlin, 2008) ; il s'incarne dans les pratiques médicales, les professions de santé et les représentations du corps (Le Talec et al., 2019). L'intersectionnalité, suivant Crenshaw (1990), devient ici une méthode centrale : elle permet de comprendre les effets conjoints du genre, de la race, de la classe et de la sexualité dans la structuration des inégalités sanitaires.

Santé reproductive et sexuelle : entre savoir médical et contrôle social

La santé reproductive illustre le poids des normes genrées et hétéronormatives. Historiquement, la médecine occidentale a : pathologisé le corps féminin (Laqueur, 1992 ; Gardey & Löwy, 2000) ; naturalisé la division entre sphère privée (féminine) et publique (masculine) (Bereni & Revillard, 2009) ; et dépossédé les femmes de leurs savoirs sur leurs corps (Tuana, 2006). L'autrice montre comment la gynécologie et l'endocrinologie demeurent traversées par ces biais : surmédicalisation du corps féminin, invisibilisation des hommes dans la contraception (Stevelinck, 2018 ; Spencer, 1999), et méconnaissance des sexualités lesbiennes et trans (Genon et al., 2009 ; Puill et al., 2022). Des exemples concrets illustrent cette pathologisation genrée : la vaccination HPV, initialement réservée aux jeunes filles (Nève, 2021) ; l'exclusion des hommes cisgenres des politiques de contraception (Spencer, 1999) ; la sous-considération des femmes lesbiennes et personnes trans dans la prévention (Alessandrin & Meidani, 2022 ; Vitulli et al., 2020). Ces cas révèlent une asymétrie de la responsabilité sanitaire : les femmes sont sur-responsabilisées dans la gestion du risque, tandis que les hommes sont socialement déchargés.

Politisation de l'intime et justice sanitaire

L'autrice retrace l'histoire féministe du rapport entre santé et autonomie corporelle : des luttes pour la contraception et l'avortement aux mouvements de self-help (Boston Women's Health Book Collective, 1970 ; Denis & Van Rokeghem, 1992 ; Quéré, 2022 ; Ruault, 2021). Cependant, l'institutionnalisation du féminisme dans la santé publique a parfois transformé ces luttes émancipatrices en dispositifs de contrôle sanitaire, déplaçant la charge du soin et de la prévention sur les femmes elles-mêmes. Aromatario appelle à repenser la justice en santé à travers : une redistribution équitable du care (Tronto, 2009 ; Le Goff & Garrau, 2014) ; une reconnaissance des savoirs situés (Haraway, 1988) ; et une responsabilisation collective face aux vulnérabilités (Butler, 2012 ; Fassin, 2021). La santé devient ainsi un enjeu démocratique, où les corps et les savoirs minorisés doivent être reconnus comme légitimes.

Pour une épistémologie genrée et critique de la santé

L'ouvrage propose une véritable refondation épistémologique : le genre n'est pas une simple catégorie d'analyse, mais un outil critique permettant d'interroger la production même du savoir médical. Penser la santé par le prisme du genre revient à questionner : les hiérarchies de valeur attribuées aux vies (Mbembe, 2006 ; Butler, 2012) ; les normes du corps "valide" ; et les mécanismes de pouvoir au sein de la biomédecine (Rose, 2007). Cette perspective rejoint les "savoirs situés" (Haraway, 1988) et les approches intersectionnelles contemporaines (Crenshaw, 1990 ; Bowleg, 2021 ; Heard et al., 2020), en articulant recherche scientifique, justice sociale et politique du soin.

Aromatario, A. (2025). Le genre en santé. Pour un outillage conceptuel et pratique, Observatoire du sida et des sexualités, Bruxelles.

[EN SAVOIR PLUS](#)

Rapport de l'enquête sur la discrimination et la stigmatisation des PVVIH dans le milieu médical 2024-2025 - Cas particulier des dentistes et des gynécologues en Belgique francophone

Un rapport de la Plateforme Prévention Sida rédigé par Yagos Koliopanos, Grâce Ntunzwenimana, Emilie Gérard et Claire Delhove.

Le rapport de la Plateforme Prévention Sida et de l'Observatoire du sida et des sexualités (2024) s'inscrit dans une conjoncture où, malgré les progrès médicaux substantiels, les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) continuent de faire face à des discriminations dans leurs trajectoires de soins. Les discriminations dans les cabinets dentaires et gynécologiques constituent un enjeu prioritaire, tant en raison de leur fréquence documentée (European HIV Legal Forum, 2022) que de leur impact direct sur la santé globale, sexuelle et reproductive.

Cadre théorique

Le document s'ancre dans un ensemble de recherches sociologiques et épidémiologiques portant sur la stigmatisation structurelle du VIH. Dans les soins dentaires, la littérature internationale signale depuis longtemps une prévalence accrue des attitudes discriminatoires (COCQ-SIDA, 2012 ; AIDES/Sidaction, 2019), renforcée par des représentations erronées de la transmission et une application différenciée des précautions universelles. Des études montrent que la santé bucco-dentaire constitue un déterminant essentiel du bien-être des PVVIH (Benjamin, 2018 ; Da Costa Vieira et al., 2018), ce qui confère à toute discrimination un potentiel d'atteinte à la santé globale.

Dans le domaine gynécologique, les discriminations sont moins visibles, mais non moins réelles, et concernent notamment les jugements moraux, les conseils biaisés autour de la procréation ou la surmédicalisation de la grossesse (Orza et al., 2015 ; Narasimhan et al., 2015 ; Huertas-Zurriaga et al., 2021). La littérature révèle que les femmes vivant avec le VIH doivent souvent négocier leur parole dans un contexte de peur du jugement, ce qui complexifie leur accès aux soins (Johnson et al., 2015).

Méthodologie

L'enquête repose sur une approche mixte articulant trois volets :

1. Un questionnaire autoadministré auquel ont répondu 152 PVVIH, collecté entre avril et juillet 2024.
2. Douze entretiens semi-directifs approfondissant les expériences de discriminations vécues dans les cabinets dentaires et gynécologiques au cours des cinq dernières années.
3. Un testing téléphonique réalisé auprès de 200 cabinets dentaires et 102 cabinets gynécologiques, visant à observer les réactions face à la divulgation du statut VIH après la prise de rendez-vous.

Cette triangulation méthodologique permet de saisir à la fois la dimension subjective (expériences vécues), objective (pratiques professionnelles) et structurelle (organisation des soins) des discriminations.

Résultats – Expériences PVVIH

Les données qualitatives montrent que, malgré des avancées réelles dans l'acceptation du VIH en milieu médical, les discriminations persistent de manière significative. 43 % des participant·es déclarent avoir déjà caché leur statut sérologique à un·e professionnel·le de la santé, invoquant la crainte du jugement, des refus, ou des bris de confidentialité. Bien que 68 % déclarent des consultations globalement positives, une proportion non négligeable évoque un malaise persistant, révélateur de micro-agressions, de gestes froids, ou de formulations maladroités.



Les mesures exceptionnelles prises en raison du statut sérologique – port de doubles gants, traitement différencié des déchets, commentaires stigmatisants – restent rapportées de manière récurrente. Ces expériences, banales, mais répétées, alimentent un climat d'incertitude quant à l'accueil opéré par les professionnel·les.

Résultats – Testing des cabinets dentaires

Le testing révèle que 26,5 % des cabinets dentaires exigent que les rendez-vous aient lieu en fin de journée lorsqu'un statut VIH est annoncé. Ce report, toujours non justifié médicalement, constitue une discrimination explicite, contraire aux recommandations de santé publique. Il reproduit des pratiques documentées dans d'autres contextes (COCQ-SIDA, 2012 ; AIDES/Sidaction, 2019) et s'inscrit dans une logique de suspicion persistante malgré le principe « I = I ».

Certain·es praticien·nes justifient ces décisions par des protocoles de nettoyage prétendument renforcés ou par une méconnaissance manifeste des modes de transmission. Les témoignages recueillis lors du testing confirment la persistance de discours inappropriés, révélant la profondeur des représentations sérophobes (« On vous mettra en dernière heure, pour tout nettoyer »).

Les entretiens menés avec les testeur·euses montrent également que ces discriminations sont parfois indirectes : annulation soudaine, redirection vers d'autres praticiens, commentaires suggérant une incompétence supposée d'un·e patient·e vivant avec le VIH.

Résultats – Testing des cabinets gynécologiques

Contrairement au champ dentaire, le testing gynécologique ne révèle ni refus de soins ni report de rendez-vous. Ces résultats confirment une normalisation progressive du VIH dans la prise de rendez-vous (Nöstlinger et al., 2014). Toutefois, l'absence de discrimination à l'accueil ne signifie pas une absence totale de stigmatisation. Les recherches existantes (Orza et al., 2015 ; Huertas-Zurriaga et al., 2021) montrent que les discriminations gynécologiques se manifestent principalement lors des interactions cliniques, particulièrement autour de la sexualité, de la contraception et du désir d'enfant.

Les entretiens révèlent des dynamiques subtilement stigmatisantes : discours dissuasifs sur la maternité malgré une charge virale indétectable, hyper-médicalisation injustifiée, ou attitudes moralisatrices. Ainsi, la sérophobie gynécologique apparaît davantage relationnelle que procédurale.

Discussion

Les résultats confirment que les discriminations ne sont ni anecdotiques ni marginales, mais intégrées dans les pratiques professionnelles, souvent sous couvert de précautions. Elles reflètent une méconnaissance persistante des avancées scientifiques, notamment du principe « I = I », et un déficit structurel de formation au VIH. Les pratiques dentaires discriminatoires rappellent des tendances internationales déjà bien documentées, tandis que les pratiques gynécologiques confirment la spécificité de la sérophobie reproductive décrite dans plusieurs études.

Le rapport montre également que la divulgation du statut demeure une question centrale dans l'expérience des PVVIH, influencée par la confiance, la confidentialité et les expériences antérieures de stigmatisation (Charbonneau et al., 1999 ; Parish et al., 2021).

Conclusion

Malgré les progrès thérapeutiques qui ont transformé le VIH en une condition chronique, la sérophobie persiste dans les pratiques de soins en Belgique francophone. L'étude démontre la nécessité de renforcer la formation des professionnel·les, d'améliorer les pratiques d'accueil et de promouvoir des politiques cliniques alignées sur les connaissances contemporaines. Le rapport recommande une action structurelle visant à garantir la confidentialité, homogénéiser les pratiques, intégrer le VIH dans les cursus de formation, et renforcer la collaboration avec les organisations communautaires.

[EN SAVOIR PLUS](#)



We, sex and fun? Transgression, théâtralisation, excès de soi et culture gay. Le chemsex en Belgique

par Sandrine Detandt

« Chemsex » est un terme familier utilisé pour décrire les rapports sexuels sous l'influence de substances psychoactives. Cette étude propose une analyse approfondie des enjeux singuliers, épidémiologiques, individuels et communautaires liés à cette pratique en Belgique francophone par le biais d'entretiens semi-structurés avec des hommes ayant des rapports sexuels entre hommes (HSH).

L'étude s'appuie sur la sociologie foucauldienne, la clinique psychologique et les études sur les sexualités pour analyser comment le chemsex reconfigure les rapports de pouvoir, les normes corporelles et les modes de subjectivation. La perspective foucauldienne éclaire les formes de contrôle, les

dispositifs biomédicaux et les contre-conduites par lesquelles les individus négocient ou subvertissent les normes sexuelles (Foucault, 1975/1976; Race, 2015).

Inscrit dans un contexte post-VIH marqué par la maîtrise du risque léthal, le chemsex apparaît également comme un espace où se rejouent paradoxalement des enjeux de vie, de mort et de gestion du risque (Detandt, 2024). Les prévalences, difficiles à établir en raison de définitions variables, oscillent dans les études internationales entre 5 et 20 % des HSH (Druckler et al., 2018; Frankis et al., 2018; Rosinska et al., 2018). En Belgique, les enquêtes de l'Observatoire du sida et des sexualités confirment la diffusion du phénomène et décrivent les substances les plus fréquentes ainsi que les pratiques de prévention associées (Van Acker, 2017; Vanden Berge et al., 2017; Platteau et al., 2019). Ces résultats invitent à analyser ces usages en termes de logiques sociales, corporelles et relationnelles, plutôt qu'à les réduire à un simple risque sanitaire (Maxwell et al., 2019; McCall et al., 2015).

L'étude repose sur 43 entretiens semi-structurés auprès d'HSH âgés de 21 à 64 ans, recrutés via des organisations LGBT+, des services VIH et un échantillonnage en boule de neige. Certains entretiens ont été répétés afin d'examiner l'évolution des pratiques et les effets de la verbalisation (Detandt, 2024). L'analyse thématique, combinant codage déductif et inductif, a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire afin d'assurer la robustesse et la validité interprétative (Braun & Clarke, 2019; Detandt, 2024).

Caractéristiques de l'échantillon

Les répondants présentent un âge moyen de 43,6 ans et vivent principalement à Bruxelles. La majorité a un emploi et possède un capital socioculturel élevé. Tous s'identifient comme gays. Les substances consommées les plus courantes sont la MDMA (31 répondants), le GHB/GBL (26), le crystal (22) et la cocaïne (22). Neuf hommes rapportent avoir pratiqué le slamming (injection de drogues) (Detandt, 2024; Druckler et al., 2018).

Le niveau socio-économique relativement élevé des participants constitue un enjeu méthodologique important : cette aisance influence leur capacité à verbaliser leur expérience, à accéder aux soins et à formuler un récit articulé du risque, ce qui peut invisibiliser d'autres populations plus vulnérables dont l'accès à la parole est plus limité (Detandt, 2024; Florêncio, 2021).

Axe d'analyse 1 : entre biomédecine et droit à la débauche

Un premier registre analytique met en évidence un paradoxe central : les hommes se situent simultanément dans une logique de soin biomédical et dans une revendication assumée du droit à la débauche.

D'une part, ils investissent massivement les dispositifs de prévention (PrEP, dépistages réguliers, suivi médical), intégrant les outils contemporains de gestion du risque sexuel. Ils se conforment ainsi au modèle du « patient idéal » du biopouvoir, qui se teste, se surveille et se responsabilise pour soi et pour la communauté (Race et al., 2017; Prestage et al., 2018). D'autre part, ces mêmes usagers rejettent les normes médicales et les injonctions de modération. Leur discours évoque un espace où la transgression, l'excès, la mise en jeu du corps et l'expérimentation sont valorisés. Le chemsex apparaît alors comme un geste politique ou existentiel exprimant un refus des normes sociales et sexuelles : la débauche devient une forme d'affirmation de soi, voire une résistance à la domestication des identités gays dans les modèles hétéro-normés (mariage, conjugalité) (Hakim, 2018; Rubin, 2010).

Axe d'analyse 2 : recomposition des rapports de pouvoir

Le deuxième registre d'analyse montre que le chemsex fonctionne comme un espace de transformation des rapports de pouvoir et des hiérarchies qui structurent le marché sexuel (âge, esthétique, classe, race).

Dans ces contextes où le corps est marchandisé et performé, les participants mobilisent les drogues pour transcender leurs positions habituelles. Des hommes plus âgés relatent comment l'usage de produits leur permet d'accéder à des partenaires qu'ils jugeraient autrement inaccessibles, tandis que des plus jeunes y trouvent un moyen de négocier leur désavantage économique ou esthétique (Florêncio, 2021; Detandt, 2024). Cette dynamique s'étend également à la masculinité : les pratiques intensives, la domination sexuelle ou l'endurance performée sont par moments remises en cause par les effets mêmes des drogues, qui peuvent inverser les rôles (impossibilité d'éjaculer, passivité subie, perte de contrôle lors de G-hole) (Connell & Messerschmidt, 1995; Detandt, 2024). Le chemsex devient ainsi un terrain où les identités masculines hégémoniques sont simultanément surinvesties et déstabilisées (Hickson, 2018).

Axe d'analyse 3 : formes profanes de soin et d'auto-support

Un troisième registre décrit l'émergence de pratiques non institutionnelles de soin au sein du groupe. Les participants expérimentés jouent un rôle d'urgentistes improvisés, régulent les doses, notent les horaires de prises, mettent en place des dispositifs d'hygiène et de sécurité, et assurent une surveillance mutuelle des effets du GHB/GBL (Platteau et al., 2018; Detandt, 2024). Ces formes d'« auto-support » constituent un système parallèle de gestion des risques, reposant sur l'expérience de terrain plutôt que sur les normes médicales. Elles témoignent de logiques communautaires de solidarité et d'attention aux autres, qui contrastent avec l'image stéréotypée d'une pratique uniquement hédoniste ou autodestructrice (Lynch et al., 2021; Milhet et al., 2019). Ces gestes profanes représentent également des indices importants pour la conception de futures interventions bio-psycho-sociales adaptées à la réalité du chemsex en Belgique (Platteau et al., 2018; Maxwell et al., 2019).

Conclusion générale

L'étude propose une compréhension nuancée du chemsex, loin des discours uniquement alarmistes. Trois apports principaux se dégagent : une tension constitutive entre intégration dans les dispositifs biomédicaux et revendication de transgression sexuelle (Detandt, 2024; Prestage et al., 2018). Une recomposition des rapports de pouvoir et des scripts sexuels, où les hiérarchies habituelles (âge, esthétique, classe, race) peuvent être simultanément renforcées et subverties (Florêncio, 2021; Connell & Messerschmidt, 1995). Des formes émergentes de soin communautaire, essentielles pour penser des interventions respectueuses des pratiques et des subjectivités des usagers (Platteau et al., 2018; Lynch et al., 2021).

Enfin, le chemsex ne peut être réduit à une problématique de santé publique : il engage des dimensions sociologiques, psychologiques, identitaires et relationnelles complexes, qui nécessitent une approche interdisciplinaire et sensible aux singularités des trajectoires individuelles (Detandt, 2024; McCall et al., 2015).

NOS COORDONÉES À L'ULB

ADRESSE DES LOCAUX

ULB – Campus du Solbosch
Bâtiment D
Avenue Antoine Depage, 30
1000 Bruxelles
9ème étage : bureaux DC9 114, 206, 208,
208A

COURRIEL GÉNÉRAL

observatoire-sidasexualites@ulb.be

ADRESSE POSTALE

Observatoire du sida et des sexualités
Université Libre de Bruxelles
Faculté de Psychologie, Sciences de l'Éducation
et de Logopédie
Avenue F. D. Roosevelt, 50 – CP 122
1050 Bruxelles

