



Don de sang par la population masculine homosexuelle.

**Table ronde à l'initiative de Madame Laurette
Onkelinx, Ministre fédérale de la Santé,**

Contribution

Arc-en-Ciel Wallonie asbl
Fédération wallonne des associations LGBT

Liège, le 5 mars 2010.



Synthèse

Le caractère discriminatoire du critère HSH ne fait pas de doute. Il ne peut être tenu pour acquis que tout progrès fait dans le sens d'un gain en termes de sécurité du sang, fusse-t-il extrêmement faible, puisse toujours prendre le pas sur l'intérêt des personnes homosexuelles à ne pas être discriminés et exclus.

Arc-en-Ciel Wallonie est d'avis que la levée de l'exclusion telle qu'elle est actuellement formulée dans le questionnaire de sélection des donneurs doit s'inscrire dans les objectifs volontaristes des politiques de santé publique. Ce faisant, l'objectif de sécurité élevé de la politique transfusionnelle doit être préservé.

Cette contribution vise à identifier un certain nombre de pistes ou de points à éclaircir en vue d'atteindre cet objectif.

Le concept de catégorie HSH pose question. Elle n'a pas de réalité sociale. De plus, il se pourrait que l'efficacité du critère HSH dans le processus de sélection des donneurs soit inversement proportionnelle à la réalité du comportement à risque.

La population de référence utilisée dans les calculs de prévalence, d'incidence et de risque résiduel doit être mieux évaluée. On peut estimer que le nombre de personnes lesbiennes, gay ou bi s'élève en général à un pourcentage évalué entre 7 et 10% de la population totale. Mais La Belgique est singulièrement dépourvue de références scientifiques sérieuses en la matière.

Concernant la récolte des données sur l'épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique, qui interviennent dans le calcul de la prévalence de l'incidence et du risque résiduel, une réflexion sur la définition des catégories utilisées et leur éventuelle reformulation permettrait une approche plus fine des risques épidémiologiques. Mais, même en l'état, ces rapports fournissent une masse importante de données brutes qui pourraient être largement exploitées afin d'accroître notre connaissance de ces risques.

Concernant le critère HSH dans le questionnaire, l'estimation du risque résiduel de la « population HSH » est biaisée par l'absence d'une évaluation rigoureuse de l'effet de réduction du risque par les autres critères de sélection des donneurs dans cette population. La mesure dans laquelle le critère d'exclusion HSH est redondant par rapport aux autres critères doit être évaluée.

L'option d'une exclusion temporaire de 12 mois après le dernier contact HSH n'enlèverait fondamentalement rien au caractère discriminatoire de l'exclusion de la catégorie HSH.





Introduction

En Belgique, près de 290.000 personnes donnent leur sang, soit l'équivalent chaque année de près de 650.000 dons. La majeure partie (535.000) sont des dons de sang complet¹.

Contrairement aux produits sanguins comme le plasma ou les plaquettes, il n'y a pas de procédé d'inactivation virale (notamment du VIH) actuellement efficace applicable au sang complet². Les tests appliqués au sang récolté ne permettent pas de détecter les principaux virus (VIH, hépatite B, hépatite C) si l'infection a eu lieu dans une période de 10 à 12 jours immédiatement avant le don (période fenêtre). Dans la politique de sécurisation des produits sanguins, la sélection des donneurs reste dès lors un axe primordial.

Selon les évaluations de l'Institut Scientifique de Santé Publique (ISP), cette politique permet de réduire le risque de transmission d'une infection lors d'une transfusion à un niveau minimal. Dans l'état des données actuelles, le risque de collecter une poche de sang infectée par VIH sans qu'il ait été possible de le détecter est évalué à 1 cas sur 3,226 millions, soit une possibilité tous les 6 ans. L'ISP estime que si la population masculine homosexuelle était autorisée à donner son sang, le risque serait accru par le fait que le virus du sida est particulièrement présent dans cette population. Il passerait selon son évaluation à 1 cas sur 1,695 millions, soit une possibilité tous les 3 ans environ.

Arc-en-Ciel Wallonie ne remet pas en cause l'objectif de sécurité élevé de la politique transfusionnelle. Elle ne souscrit nullement à l'idée que le don de sang puisse être un droit des individus.

¹ Muylle, L. et Roisin, T., *Hémovigilance en Belgique. Rapport annuel 2007*, Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, p. 7.

² Dupont, E., *Bonnes pratiques de transfusion à l'usage des hôpitaux*, Conseil Supérieur d'Hygiène, 7 mars 2007.



Il reste que l'exclusion permanente d'une partie de la population du don de sang a des conséquences négatives. Être donneur, c'est poser un acte de solidarité, se sentir citoyen et membre à part entière du corps social. En être exclu est vécu comme une injustice, comme un stigmate qui enferme dans une catégorie d'indésirables. Sa portée symbolique est d'autant plus grande qu'elle émane d'une autorité morale dont le corps médical et scientifique est investis par la société. Du point de vue de la lutte contre la discrimination, l'exclusion de la population masculine homosexuelle pose dès lors question en elle-même et au regard de ses conséquences sociales. Pour cette raison, Arc-en-Ciel Wallonie estime que l'application du principe de précaution ici à l'œuvre doit aussi être examinée sous l'angle de ses conséquences négatives. L'exclusion est source d'isolement et de misère morale. Elle participe à la pérennité des jugements de valeur dénigrants encore répandus dans la société. Elle a donc un coût humain, moral et social dont il s'agit de prendre toute la mesure.

Pour ces raisons, Arc-en-Ciel Wallonie pense que la levée de l'exclusion telle qu'elle est actuellement formulée doit s'inscrire dans les objectifs volontaristes des politiques de santé publique. Notre pays a fait preuve d'une extraordinaire ouverture en modernisant son droit familial. Nous attendons le même volontarisme du secteur de la santé.

Avant de répondre aux questions directement liées à la formulation des questionnaires de sélection, nous développons ci-après une série de questionnements susceptibles à notre sens d'ouvrir différentes voies de réflexion en vue d'atteindre cet objectif.





1. Le caractère inopérant et discriminatoire du concept comportemental d'hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

The concept of MSM as a behavioural category masks the diversity and complexity of male-to-male sex [...]. Often terms such as 'gay', 'homosexual' and 'bisexual' are used as unproblematic categories in some of the literature reviewed and we note carefully the difficulties of such usage [...]. But using MSM as a category does not work either. Despite the fact that some research uses MSM as a specific group to study, it is clear [...] that there is not a clearly identifiable group of men who can be labeled MSM [...]. The literature reveals that there are no socially or self-defined groups of men that fit into an overarching category of MSM. What the review shows is that there are just men!³

L'exclusion permanente du don de sang sur base du critère « Si vous êtes un homme, avez-vous ou avez-vous eu des relations sexuelles avec un autre homme ? »⁴ est fondée sur l'arrêté royal du 1^{er} février 2005⁵ qui prévoit que sont exclus de façon permanente du don de sang les « Sujets dont le comportement sexuel les expose au risque de contracter des maladies infectieuses graves transmissibles par le sang ».

³ Dowsett, G.W., Grierson, J. W., and McNally, S.P., *A Review of Knowledge about the Sexual Networks and Behaviours of Men who have Sex with Men in Asia*. Australian Research Centre in Sex, Health and Society, La Trobe University, Melbourne, Australia. Monograph Series Number 59. 2006, p. 5

⁴ Par facilité, nous le désignons dans ce texte « critère HSH ». Nous utilisons l'expression « catégorie HSH » pour désigner le prétendu groupe comportemental visé par ce critère.

⁵ Arrêté royal du 1^{er} février 2005 modifiant la loi du 5 juillet 1994 relative au sang et aux dérivés sanguins d'origine humaine (Moniteur Belge du 8 février 2005, pp. 3939 et suivantes). Cet arrêté transpose en droit belge la directive 2004/33/CE du 22 mars 2004 portant application de la directive 2002/98/EC du Parlement européen et du Conseil concernant certaines exigences techniques relatives au sang et aux composants sanguins (Journal Officiel du 30 mars 2004).



La catégorie HSH a été construite à des fins épidémiologiques, en particulier dans le contexte de l'infection à VIH et du sida. Elle se réfère à un comportement sexuel qui ne peut se réduire à une catégorie sociale quelle qu'elle soit.

Dans ce contexte, le critère HSH peut donner l'impression de viser effectivement un comportement. Mais il paraît évident qu'il vise une population. C'est la pratique homosexuelle dans son ensemble qui est visée, sans distinction de fréquence, de modalités sexuelles, d'état civil ou encore de pratique de la prévention.

L'avis rendu le 18 février 2005 par le Conseil supérieur d'Hygiène sur cette interdiction est éclairant : *une estimation du risque potentiel en cas d'acceptation de dons provenant de la **population homosexuelle masculine** de Belgique montre que cette pratique augmenterait le risque de transmission du VIH par voie transfusionnelle de 41.4%*⁶.

Il n'est donc pas tenu compte, par exemple, du différentiel de risque entre les pratiques sexuelles. Le risque de transmission du VIH se situe dans une fourchette de 0,1 à 3,0 % dans le cas d'une pénétration anale pour le pénétré, et de 0,06 % pour le pénétrant. Une relation orale représente un risque d'infection évaluée entre 0 et 0,04 %⁷. D'autres pratiques, comme la masturbation réciproque, ne présentent aucun risque.

Mais surtout, la catégorie HSH présume, à tort d'une uniformité des pratiques sexuelles et des modes de vie des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes.

Comme dans toute la population, le recours à la protection contre les infections sexuellement transmissibles est émi-

⁶ SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Conseil supérieur d'Hygiène. *Avis du CSH relatif à la sécurisation maximale de la collecte et de la transfusion sanguine (CSH 8094)*. 18 février 2005. Nous soulignons.

⁷ Fisher, M., & al., *International Journal of STD & AIDS*, 2006. Cité par A. Sasse lors de la table ronde du 29 janvier 2010.



nemment variable. On sait toutefois que l'influence des politiques de prévention est déterminante et que leur efficacité dépendra de leur capacité à atteindre des publics très différenciés.

Parmi la population exclusivement homosexuelle et le vivant ouvertement, les modes de vie sont également très variables. Cela va du couple marié ou cohabitant stable avec des relations exclusives au célibat accompagné de nombreux partenaires sexuels, en passant par différentes formes de relations moins stables et/ou moins exclusives.

Les relations entre hommes ne se limitant pas aux seules personnes homosexuelles, il faut aussi tenir compte d'autres modes de vie. Il peut s'agir de situations temporaires, résultant d'une inaccessibilité du sexe opposé (adolescence, pensionnats, casernes militaires, milieu carcéral, centres d'accueil pour demandeurs d'asile etc.). À toutes ces situations correspondent des intensités de risque extrêmement variables, et d'ailleurs partiellement liées à la capacité des politiques de prévention à atteindre ces publics spécifiques.

Il peut également s'agir de situations bisexuelles, parfois assumées, parfois à l'origine d'une sexualité clandestine. Célibataires discrets, époux et pères de familles ayant des relations homosexuelles cachées... Dans ces situations également, la prévention échoue généralement à atteindre ces publics.

L'indifférenciation du critère HSH aboutit à un résultat paradoxal. Une partie de la population ouvertement homosexuelle se sent davantage visée par ce critère alors même que ses modes de vie non clandestins la rendent plus accessible aux campagnes de préventions spécifiques et a tendance à réduire les facteurs de risque en conséquence. À l'inverse, la population qui ne se reconnaît pas homosexuelle et le vit plus ou moins clandestinement est plus susceptible de prendre des risques et est moins ciblée par les politiques de prévention. Selon ONUSIDA, des études démontrent que les services de prévention du VIH atteignent





seulement entre un dixième et un tiers de la population masculine ayant des relations homosexuelles⁸. En même temps ces sous-populations, ne se reconnaissant pas homosexuelles, pourraient être tentées d'éluder le critère HSH lors d'un éventuel don de sang.

Qui plus est, assimiler la catégorie HSH à la population homosexuelle masculine ouvre la voie à une dérive stigmatisante, dont le résultat est d'entretenir le mythe d'une catégorie identitaire dans laquelle, prétendument, les personnes homosexuelles elles-mêmes se reconnaîtraient. En réalité, tout processus d'identification d'une catégorie sociale – ou par euphémisme d'une catégorie culturelle – est à la genèse même de la violence sociale et de la discrimination. Même les scientifiques ne semblent pas à l'abri de cette dérive lourde de sens lorsqu'ils utilisent des notions telles que la *communauté HSH*⁹.

Arc-en-Ciel Wallonie s'inscrit en faux contre toute analyse tendant à réduire l'approche des orientations sexuelles en termes de catégorie sociale ou de communauté identitaire.

⁸ *Studies show that HIV prevention services reach only one tenth to one third of people who engage in male homosexual activity.* Communiqué de presse d'ONUSIDA, 15 mai 2009.

⁹ Par exemple dans l'analyse suivante : *Plusieurs sources font état d'une recrudescence récente du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles (IST) dans la population homosexuelle masculine. C'est le cas de la lymphogranulomatose vénérienne et de la syphilis, dont la recrudescence récente est observée presque exclusivement dans la communauté HSH.* In Rapport « Estimation du risque résiduel d'infection par le VIH liée à la transfusion sanguine en Belgique et estimation du risque potentiel en cas d'acceptation de dons provenant de la population homosexuelle masculine », 21 janvier 2005, auteur inconnu, p. 3. (Nous soulignons).



En conclusions :

- La catégorie HSH n'a pas de réalité sociale. À défaut d'une justification circonstanciée et d'une définition scientifiquement fondée, la catégorie HSH apparaît comme une construction artificielle commode, intrinsèquement productrice de discrimination.
 - Il se pourrait que l'efficacité du critère HSH dans le processus de sélection des donneurs soit inversement proportionnelle à la réalité du comportement à risque.
-

2. La difficulté d'établir la population de référence correspondant à la catégorie des hommes ayant des relations sexuelles avec d'autre(s) homme(s) est mésestimée dans les données épidémiologiques existantes.

Il découle de la section précédente qu'il est particulièrement malaisé de quantifier la population de la catégorie HSH. Cette population de référence s'avère toutefois une donnée essentielle dans le calcul de la prévalence, de l'incidence et du risque résiduel qui seraient liés à cette catégorie.

La pratique montre qu'à défaut de pouvoir quantifier la population HSH, la référence utilisée est celle de la population homosexuelle masculine.

En Belgique, le Conseil Supérieur d'Hygiène estimait en 2005 que la population homosexuelle représente 3% de la population totale¹⁰. Interrogé à ce sujet lors de la table ronde du 29 janvier, le Docteur André Sasse, de l'Institut scientifique de santé publique, indiquait que ce chiffre était issu de la littérature scientifique, certains auteurs se basant sur des chiffres

¹⁰ Ce pourcentage est à la base des chiffres d'incidence cités dans l'avis du CSH relatif à la sécurisation maximale de la collecte et de la transfusion sanguine (op. cit.).



plus faibles encore. Il a toutefois présenté un calcul du risque résiduel basé sur une population homosexuelle de 5% de la population totale. Au Canada, le pourcentage retenu est de 4,5%¹¹.

À l'opposé, le mouvement associatif LGBT revendique 10% de la population.

Dans l'un et l'autre cas, il ne s'agit pas de données belges. Et probablement pas de la même manière de compter !

Pour les sciences naturelles et les sciences humaines, la question de l'exactitude de ces observations ne se pose pas vraiment. 3% ou 10%, indifféremment, suffisent à reconnaître qu'il y a là un phénomène suffisamment significatif que pour faire l'objet d'observations scientifiques¹².

Arc-en-Ciel Wallonie réfute pour sa part l'intérêt d'une approche statistique dont le résultat est systématiquement biaisé par les présupposés, c'est-à-dire, de manière plus ou moins variable et plus ou moins consciente, le classement dans une ou plusieurs catégories sociales d'une partie de la population sur base d'un critère phénoménologique ne présentant aucune qualité homogène fondamentale. La qualification homosexuelle, dans son interprétation sociale, est une construction totalement artificielle.

Nous reconnaissons cependant, avec la majorité du mouvement associatif LGBT, qu'une quantification, assortie d'une meilleure description des populations et sous-

¹¹ Germain, M., Remis, R.S. et Delage, G., *The risks and benefits of accepting men who have sex with men as blood donors*, In *Transfusion*, janvier 2003, n° 43, pp. 25-33

¹² A titre d'illustration, le Professeur Jacques Balthazart, endocrinologue de l'ULg, constate dans son récent ouvrage consacré à la biologie de l'homosexualité que le pourcentage d'adultes homosexuels hommes est remarquablement constant dans toutes les sociétés humaines et que les pourcentages sont « assez stables », entre 2 et 8%, dans des sociétés aussi différentes que la Grande Bretagne, les Pays-Bas ou les Etats Unis. Balthazart, J., *Biologie de l'homosexualité*, Wavres, Ed. Mardaga, 2010, p. 164.



populations concernées, peut s'avérer d'une grande importance, ne serait-ce que pour orienter les actions de ce mouvement, y compris dans le sens d'une déconstruction de cette catégorie, fondement de la lutte contre les discriminations homophobes et les stéréotypes de genre.

Plus spécifiquement, dans le cadre qui nous préoccupe ici, nous reconnaissons qu'une meilleure connaissance à la fois qualitative et quantitative des expressions des différentes orientations sexuelles est primordiale tant dans l'élaboration des stratégies de prévention en matière d'IST et de VIH que dans leur suivi épidémiologique. Ces données ne peuvent se justifier que pour ces raisons opérationnelles et restent entachées du biais décrit plus haut.

Dans ce cadre, la littérature scientifique tend à montrer que le chiffre de 3% est soit une estimation basse, soit une évaluation de la population exclusivement ou presque exclusivement homosexuelle. L'étude la plus célèbre est celle du professeur Alfred Charles Kinsey, menée sur le comportement sexuel des hommes et des femmes aux États-Unis à la charnière des années 40' et 50'¹³. D'une part, elle introduit le concept fondamental de *continuum*. Réfutant la vision binaire qui oppose hétérosexualité et homosexualité, Kinsey met en évidence que ces orientations sexuelles et amoureuses ne sont pas exclusives l'une de l'autre. Il élabore ainsi une échelle de la diversité des orientations sexuelles.

D'autre part, d'un point de vue statistique, les travaux de Kinsey concluent qu'environ 10% des hommes sont exclusivement ou presque exclusivement homosexuels, mais seulement 1,5% des femmes. Toutefois, selon ces études, 37% des hommes et 13% des femmes ont atteint au moins une fois l'orgasme dans le cadre d'un contact avec une personne de même sexe.

¹³ Kinsey, Alfred Charles, *Sexual Behavior in the Human Male* (1948, réédité en 1998) et *Sexual Behavior in the Human Female* (1953, réédité en 1998).



Le principe du *continuum* est retenu dans des études plus récentes. William D. Mosher & all.¹⁴ ont travaillé dans le même sens, ne retenant que 5 niveaux. Les résultats indiquent que 7,1% des hommes et 13,6% des femmes déclarent une attirance plus ou moins forte pour des personnes de leur propre sexe. Mais seulement 6% des hommes déclarent avoir déjà eu une relation sexuelle anale ou orale avec un autre homme ... dont la moitié d'entre eux s'estiment eux-mêmes hétérosexuels.

À la question de savoir s'ils pensent être homosexuels ou hétérosexuels, 90,2% des hommes se classent parmi les hétérosexuels, 2,3% parmi les homosexuels, 1,8% parmi les bisexuels, 3,9% se considèrent comme "quelque chose d'autre" et 1,8% ne répondent pas. Pour les femmes, les chiffres sont respectivement 90,3%, 1,3%, 2,8%, 3,8% et 1,8%.

À l'inverse, on trouvera de nombreuses études selon lesquelles la population homosexuelle – mais laquelle ? – ne dépasse guère 1,5 ou 2%.

Mais malgré le sérieux des études les plus rigoureuses, il est très probable que les chiffres soient sous-estimés, tant le tabou reste grand.

En conclusions:

- On peut estimer que le nombre de personnes Lesbien-nes, gay ou bi s'élève en général à un pourcentage évalué entre 7 et 10% de la population totale, marge à peu près constante des enquêtes les plus sérieuses. Autrement dit, le nombre de personnes concernées dans notre pays pourrait approcher le million d'individus, dont la moitié au moins sont des hommes.

¹⁴ William D. Mosher, Anjani Chandra et Jo Jones, *Sexual Behavior and Selected Health Measures: Men and Women 15–44 Years of Age, United States, 2002*, in Advance Data, n° 362, septembre 2005.



- La Belgique est singulièrement dépourvue de références scientifiques sérieuses portant sur sa propre population en la matière (y compris en termes de répartition géographique, d'effet de concentration urbaine etc.), ce qui nuit à la qualité des études épidémiologiques dans notre pays.

3. La pertinence de la catégorie « relations homo ou bisexuelles » dans le recensement épidémiologique des origines probables de l'infection par le VIH.

Les rapports annuels sur l'épidémiologie du sida et de l'infection à VIH en Belgique, publiés par l'Institut scientifique de santé publique, servent de référence au calcul de la prévalence, de l'incidence et du risque résiduel. Ils présentent une désagrégation des nouveaux cas de contamination en 7 catégories de mode probable de transmission, dont les deux plus importantes sont les « contacts homo-/bisexuels » (uniquement pour le sexe masculin) et les « contacts hétérosexuels »¹⁵.

Parmi la population masculine, la contamination par contact homo-/bisexuel est particulièrement importante, il ne s'agit absolument pas de nier cette réalité. En 2008, sur 1079 nouvelles infections recensées, 733 concernent des hommes, et le mode probable de transmission est connu pour 526 d'entre eux. 344 nouveaux cas diagnostiqués sont attribuables à un contact homo-/bisexuel et 158 à un contact hétérosexuel.

Cette statistique amène plusieurs commentaires.

- On peut s'interroger sur l'utilisation d'une terminologie différente pour désigner les catégories. La catégorie des contacts homo-/bisexuels a-t-elle la même définition que

¹⁵ Les autres catégories sont l'injection intraveineuse de drogue, le contact homo-/bisexuel et la drogue, l'hémophilie, la transfusion, et la contamination de la mère à l'enfant.



celle à la base de la catégorie HSH ? Ce n'est absolument pas certain.

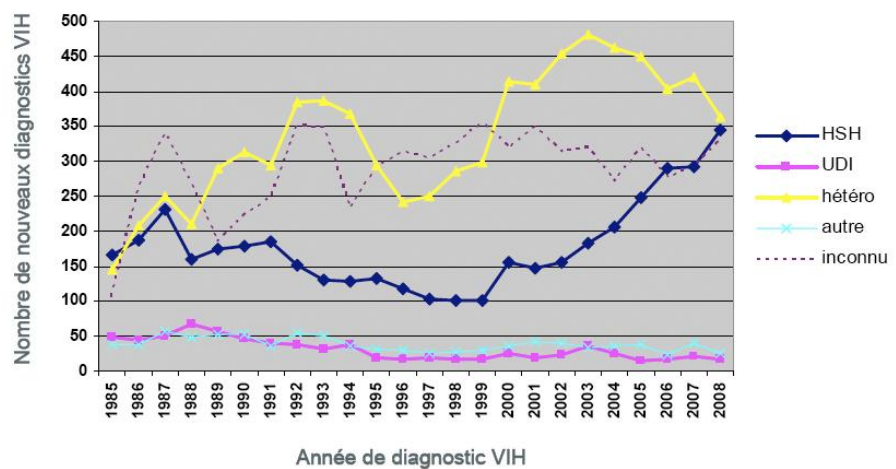
- Situer les bisexuels dans la même catégorie que les homosexuels ajoute à la confusion. Compte tenu de nos réflexions au point 2 supra, la bisexualité devrait être comprise comme une attirance à la fois vis-à-vis des personnes de son sexe et des personnes du sexe opposé, autrement dit les échelons intermédiaires du continuum entre hétéro- et homosexualité. L'assimiler à la catégorie des homosexuels revient à priori à considérer que les bisexuels sont des personnes ayant des contacts homosexuels occasionnels, situation différente de la bisexualité, également décrite supra. Mais il est possible qu'il y ait une autre interprétation de la catégorie utilisée par l'ISP, ce point n'ayant pas été discuté lors des tables rondes. Cela ne remet pas en cause notre questionnement sur la définition de la catégorie des contacts homo-/bisexuels, particulièrement imprécise (le corps du texte par ailleurs évoque régulièrement une population homo-/bisexuelle ou plus lapidairement les homo-/bisexuels et non les contacts).
- Cette imprécision conduit à se poser la question de l'étanchéité des catégories. À une même situation, il est probable qu'un certain nombre de cas soit recensé comme hétérosexuels et que d'autres le soient comme bisexuels.
- La même réflexion vaut dans l'observation longitudinale. Une même situation à plusieurs années d'intervalle pourrait être classée dans une catégorie différente. L'observation du graphique présenté par le Docteur Sasse lors de la table ronde du 29 janvier donne à penser que l'inversion des tendances à partir de 2003 pourrait peut-être, au moins partiellement, s'expliquer de cette manière. L'évolution de la législation, en particulier l'ouverture du mariage aux personnes de même sexe, suivie d'autres législations (adoption, lutte contre la discrimination) permet de poser l'hypothèse d'une plus





grande facilité à communiquer une relation homosexuelle que par le passé.

Nouveaux diagnostics VIH par mode de transmission, Belgique, 1985 – 2008



- Le nombre de cas où le mode de transmission est inconnu est particulièrement important. Il est de 206 pour la population masculine, soit près d'un tiers des infections. C'est particulièrement dans la population d'origine étrangère que cette donnée est manquante. Dans la population féminine, ce nombre s'élève à 118 sur 342 diagnostics, soit un tiers également. Cela rend la traduction en pourcentages (établis uniquement sur le nombre de cas dont le mode probable de transmission est connu) peu intéressante d'un point de vue épidémiologique et quelque peu sensationnaliste en termes de communication médiatique. Les données absolues devraient être privilégiées.
- Le rapport désagrège aussi les données par régions. De ce point de vue, la divergence des tendances entre régions est interpellante. Sans entrer dans le détail, l'infection par transmission homo-/bisexuelle en Wallonie est nettement plus faible que dans les autres régions et elle y est en régression (35 nouvelles infections en 2008,





contre 40 en 2007). Nous n'avons pas d'explication à ce phénomène qui pourtant mériterait d'être analysé.

- Nous regrettons que ces rapports ne tentent pas d'autres analyses. Il serait intéressant, pour ce qui nous préoccupe, de connaître la répartition des nouveaux diagnostics d'infection par état civil. Elle pourrait en effet apporter une indication sur l'effet du mariage, qu'il s'agisse de couples de sexes différents ou non. Une telle approche existait jusqu'en 2004 dans l'analyse épidémiologique du sida, mais a disparu depuis.

En conclusions :

- Une réflexion sur la définition des catégories utilisées et leur éventuelle reformulation permettrait une approche plus fine des risques épidémiologiques.
- Même en l'état, ces rapports fournissent une masse importante de données brutes qui pourraient être largement exploitées afin d'accroître notre connaissance de ces risques.

4. En ce qui concerne la sélection des donneurs, les données existantes ne permettent pas d'identifier avec précision l'impact spécifique sur le taux d'incidence du VIH dans la population des donneurs de l'interdiction formulée à l'encontre des hommes ayant ou ayant eu des relations sexuelles avec un autre homme.

Lors de la table ronde du 29 janvier 2010, le Docteur André Sasse a mis en avant que :

- le taux d'incidence du VIH dans la population hétérosexuelle est de 76,8 par million P-A ;





- par la sélection des donneurs, ce taux d'incidence est réduit à 9,4. Autrement dit la sélection des donneurs divise le taux d'incidence par 8,2 ;
- en appliquant le même prorata à la « population HSH », où le taux d'incidence du VIH serait de 4.707,9 pour une « population HSH » considérée à 3% de la population totale, le taux est réduit à 574,1 ;
- dans la première population, le risque résiduel estimé est de 0,31 par million de dons (soit 1 risque sur 3.225.806 dons), tandis que dans la seconde il est de 19,9/million de dons (soit 1 risque sur 502.513 dons).

Appliquer le même diviseur aux deux populations revient paradoxalement à reconnaître que les comportements critères d'exclusion autres que la relation HSH ont une intensité similaire dans les deux populations.

Parmi les comportements facteurs d'exclusion définitive figurent notamment :

- Avez-vous plus d'UN partenaire sexuel ?
- Votre partenaire est-il séropositif ?
- Avez-vous des raisons de penser que votre partenaire a des comportements à risque ?

De plus, les comportements facteurs d'une exclusion temporaire de 4 mois sont :

- Avez-vous un nouveau partenaire ?
- Avez-vous eu un partenaire occasionnel ?

On notera que l'exclusion de la population HSH est justifiée par un taux d'incidence nettement plus élevée. Celui-ci est lui-même expliqué dans la littérature scientifique par la plus grande fréquence de partenaires occasionnels ou de par-





tenaires multiples, ou encore par la moins grande stabilité des relations sexuelles entre hommes¹⁶.

On peut en déduire que les critères d'exclusion dont question ci-dessus devraient au contraire écarter proportionnellement plus de candidats donneurs issus de la « population HSH » que de la population hétérosexuelle.

Il semble que ces critères soient jugés très fiables puisqu'ils suffisent à écarter d'autres populations présentant des comportements à risque au moins sinon plus élevé, sans qu'elles soient explicitement exclues dans le questionnaire, par exemple la population des prostitué-e-s.

Il y a donc un biais, peut-être fort important, dans l'estimation de l'impact sur le risque résiduel du critère HSH de la sélection des donneurs. En réalité, les autres critères n'étant pas remis en question, le risque résiduel spécifique à la « population HSH » est surévalué dans une proportion inconnue mais sans doute non négligeable.

En conclusions, Arc-en-Ciel Wallonie estime que :

- l'estimation du risque résiduel de la « population HSH » est biaisée par l'absence d'une évaluation rigoureuse de l'effet de réduction du risque par les autres critères de sélection des donneurs dans cette population ;
- la mesure dans laquelle le critère d'exclusion « HSH » est redondant par rapport aux autres critères doit être évaluée.

¹⁶ Voir notamment Martens, V., *Modes de vie et comportements des homosexuels masculins face au SIDA en Communauté française*. In IPH/EPI Reports, n° 2005-017



5. Exclusion permanente versus exclusion temporaire

L'alternative souvent envisagée à l'exclusion définitive est une exclusion temporaire de 12 mois après le dernier contact HSH.

Le Docteur Ludo Muylle, de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé, a présenté lors de la table ronde du 29 janvier, le cas de la Suède qui a établi ce régime depuis le 1^{er} mars 2010¹⁷.

La Suède estimerait que le risque résiduel n'est pas plus élevé dans cette situation. D'autres études confirment que le risque résiduel n'augmenterait que dans des proportions négligeables¹⁸.

En Belgique, l'Observatoire du sida et des sexualités a émis une recommandation visant à réduire à six mois la période d'exclusion, l'exclusion permanente étant jugée non pertinente¹⁹.

Bien que notre législation n'empêche pas *a priori* cette requalification d'une part²⁰ et qu'elle aurait l'avantage de mettre en évidence que le critère de référence est le taux d'incidence plutôt que celui de prévalence (comme l'a

¹⁷ Ce serait aussi le cas en Hongrie.

¹⁸ Cf. Germain, M., Remis, R.S. et Delage, G., op. cit. Ces auteurs attirent toutefois l'attention sur le fait que le risque résiduel n'est pas réduit à zéro, même s'il est très bas. Aux États-Unis, certains estiment que cela équivaldrait à un cas de transmission supplémentaire tous les 2000 ans.

¹⁹ Martens, V., L'exclusion des donneurs de sang homosexuels : proposition d'avis transmis à l'association Ex Æquo, Observatoire du Sida et des sexualités, 4 août 2006.

²⁰ L'arrêté royal du 1^{er} février 2005 prévoit, au titre des exclusions temporaires, la catégorie des *individus dont le comportement sexuel ou l'activité professionnelle les expose au risque de contracter des maladies infectieuses graves transmissibles par le sang* et fixe dans ce cas une exclusion après la fin du comportement à risque pendant une période dont la durée dépend de la maladie en question et de la disponibilité de tests adéquats.



d'ailleurs affirmé le Docteur Sasse) d'autre part, le Docteur Muylle s'est montré réticent par rapport à cette orientation, en l'absence actuelle d'études approfondies dans le cadre belge.

Arc-en-Ciel Wallonie se rallie au point de vue exprimé par plusieurs intervenants de la table ronde pour estimer que cette option n'est guère satisfaisante. Nous estimons en effet qu'elle ne lève pas le caractère discriminatoire de cette exclusion.

En conclusion :

- L'option d'une exclusion temporaire de 12 mois après le dernier contact HSH n'enlèverait fondamentalement rien au caractère discriminatoire de l'exclusion de la catégorie HSH.

6. Réponse aux questions

Deux questions ont été soumises aux participants de la table ronde du 29 janvier 2010 :

- Pensez-vous que la question actuelle doive être modifiée ?
- Si oui, dans quel sens ?

Il nous paraît important de répondre également à la question soulevée par monsieur Yves Dario, représentant le Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme, dès la table ronde du 22 septembre 2009 :

- L'exclusion du don de sang est une distinction au regard de la loi sur la lutte contre la discrimination. Cette distinction constitue-t-elle une discrimination ?



6.1. Y a-t-il discrimination ?

Les deux avis de la Commission néerlandaise pour l'Égalité de Traitement transmis aux participants de la table ronde par le cabinet de la Ministre de la Santé sont particulièrement fouillés.

Le premier avis, rendu en 1998²¹, conclut qu'il n'y a pas de discrimination directe basée sur l'orientation sexuelle, mais une distinction indirecte en raison du fait que les hommes homosexuels sont visés de manière disproportionnée par l'exclusion du don de sang, par comparaison avec les hommes hétérosexuels. Elle ne constitue toutefois pas une discrimination dans la mesure où elle est objectivement justifiée.

Arc-en-Ciel Wallonie ne peut suivre entièrement cet avis. En raison des questions soulevées dans les sections précédentes, nous émettons des doutes sur le caractère entièrement justifié de cette distinction indirecte.

Le second avis, datant de 2007²², revient sur la question de la discrimination directe. Partant de l'opinion que le principe de précaution ne peut être un argument définitif, La Commission estime qu'il ne peut être tenu pour acquis que tout progrès fait dans le sens d'un gain en termes de sécurité du sang, fût-il extrêmement faible, puisse toujours prendre le pas sur l'intérêt des homosexuels à ne pas être discriminés et exclus. La Commission estime cependant qu'en l'état actuel, il faut prendre en considération les conséquences inacceptables en termes de santé publique de l'admission de la catégorie HSH. Toutefois, elle assortit son jugement d'une conditionnalité importante. L'exclusion n'est acceptable que pour autant que les autorités assument leurs responsabilités vis-à-vis des personnes d'orientation homosexuelle en cherchant les moyens visant à atteindre une politique moins stigmatisante.

²¹ Commission pour l'Égalité de traitement (pays-Bas), avis n° 98-137.

²² Commission pour l'Égalité de traitement (Pays-Bas), avis n° 2007-85.



Arc-en-Ciel Wallonie partage entièrement ce deuxième avis.

6.2. Faut-il modifier la question et si oui dans quel sens ?

La suppression du critère HSH doit s'inscrire dans les objectifs volontaristes des politiques de santé publique de notre pays.

Il faut réfléchir à son remplacement par une approche désagrégée, non redondante par rapport aux autres critères d'exclusion, et ciblant davantage les réels comportements à risque.

Dans l'intervalle, le don de sang pourrait être ouvert à la catégorie HSH, non pas en vue de la transfusion, mais afin de constituer une cohorte au plus près de la réalité clinique de la collecte du sang, à des fins d'études visant à évaluer de manière approfondie le risque résiduel réel ou l'absence de risque résiduel en fonction d'une segmentation fine de la population concernée.

Notre pays offre l'opportunité rare de pouvoir étudier l'effet du mariage entre personnes de même sexe sur l'évolution du risque. Cette opportunité doit être exploitée.

D'autres pistes de recherche doivent être envisagées, sur base notamment des interrogations exposées dans les sections 1 à 5, et s'inscrire dans un programme de recherche scientifique visant à supprimer la discrimination dont la formulation dans le questionnaire de sélection des donneurs n'est que le révélateur.

Ces recherches pourraient s'inscrire dans les programmes coordonnés au niveau international (OMS, EBA ...).

Le groupe de travail qui se met en place sous l'égide de la Direction Européenne de la Qualité du Médicament et Soins de Santé du Conseil de l'Europe (EDQM), évoqué par le Docteur Muylle, et qui serait amené à traiter de cette question, pourrait être une excellente occasion de coordonner cet effort scientifique.

