

UNIVERSITE de LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNEE 1998



THESE N° 157/1

**IMPACT SOCIO-CULTUREL  
DU SIDA**



**THESE**

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

*présentée et soutenue publiquement le 3 novembre 1998*

par

**Anne RUE**

née le 26 JUILLET 1970 à Séoul (Corée du Sud)

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur MELLONI .....	PRESIDENT
Monsieur le Professeur BONNETBLANC .....	JUGE
Monsieur le Professeur DENIS .....	JUGE
Monsieur le Docteur ROGEZ, praticien hospitalier .....	JUGE

**UNIVERSITE DE LIMOGES  
FACULTE DE MEDECINE**

---

**DOYEN DE LA FACULTE :**

Monsieur le Professeur PIVA Claude

**ASSESEURS :**

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude  
Monsieur le Professeur DENIS François

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:**

\*C.S = Chef de Service

ADENIS Jean-Paul \* (C.S)  
ALAIN Jean-Luc (C.S)  
ALDIGIER Jean-Claude  
ARCHAMBEAUD Françoise (C.S)  
ARNAUD Jean-Paul (C.S)  
BARTHE Dominique  
BAUDET Jean (C.S)  
BENSAID Julien (C.S)  
BERTIN Philippe  
BESSEDE Jean-Pierre  
BONNAUD François (C.S)  
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)  
BORDESSOULE Dominique (C.S)  
BOULESTEIX Jean (C.S)  
BOUTROS-TONI Fernand  
BRETON Jean-Christian  
CATANZANO Gilbert  
CLAVERE Pierre  
CHRISTIDES Constantin  
COGNE Michel  
COLOMBEAU Pierre (C.S)  
CUBERTAFOND Pierre (C.S)  
DARDE Marie-Laure (C.S)  
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)  
DENIS François (C.S)  
DESCOTTES Bernard (C.S)  
DUDOGNON Pierre (C.S)  
DUMAS Jean-Philippe  
DUMAS Michel (C.S)  
DUMONT Daniel  
DUPUY Jean-Paul (C.S)  
FEISS Pierre (C.S)  
GAINANT Alain  
GAROUX Roger (C.S)  
GASTINNE Hervé (C.S)  
GAY Roger  
HUGON Jacques (C.S)  
LABROUSSE Claude  
LABROUSSE François (C.S)

OPHTALMOLOGIE  
CHIRURGIE INFANTILE  
NEPHROLOGIE  
MEDECINE INTERNE  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE  
CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE  
CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE  
THERAPEUTIQUE  
OTO-RHINOLARYNGOLOGIE  
PNEUMOLOGIE  
DERMATOLOGIE  
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION  
PEDIATRIE  
BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE  
RADIOTHERAPIE  
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE  
IMMUNOLOGIE  
UROLOGIE  
CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE  
PARASITOLOGIE  
PEDIATRIE  
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  
ANATOMIE  
REEDUCATION FONCTIONNELLE  
UROLOGIE  
NEUROLOGIE  
MEDECINE DU TRAVAIL  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE  
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE  
CHIRURGIE DIGESTIVE  
PEDOPSYCHIATRIE  
REANIMATION MEDICALE  
REANIMATION MEDICALE  
HISTOLOGIE-EMBRYOLOGIE-CYTOGENETIQUE  
REEDUCATION FONCTIONNELLE  
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

**LASKAR** Marc (C.S)  
**LAUBIE** Bernard (C.S)  
**LEGER** Jean-Marie (C.S)  
**LEROUX-ROBERT** Claude (C.S)  
**MABIT** Christian  
**MELLONI** Boris  
**MENIER** Robert (C.S)  
**MERLE** Louis  
**MOREAU** Jean-Jacques (C.S)  
**MOULIES** Dominique  
**NATHAN-DENIZOT** Nathalie  
**PECOUT** Claude (C.S)  
**PERDRISOT** Rémy  
**PILLEGAND** Bernard (C.S)  
**PIVA** Claude (C.S)  
**PRALORAN** Vincent (C.S)  
**RAVON** Robert (C.S)  
**RIGAUD** Michel (C.S)  
**ROUSSEAU** Jacques (C.S)  
**SALLE** Jean-Yves  
**SAUTEREAU** Denis  
**SAUVAGE** Jean-Pierre (C.S)  
**TREVES** Richard (C.S)  
**TUBIANA-MATHIEU** Nicole (C.S)  
**VALLAT** Jean-Michel  
**VALLEIX** Denis  
**VANDROUX** Jean-Claude (C.S)  
**VERGNENEGRE** Alain  
**VIDAL** Elisabeth (C.S)  
**VIGNON** Philippe  
**WEINBRECK** Pierre (C.S)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE  
ENDOCRINOLOGIE ET MALADIES METABOLIQUES  
PSYCHIATRIE D'ADULTES  
NEPHROLOGIE  
ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
PNEUMOLOGIE  
PHYSIOLOGIE  
PHARMACOLOGIE  
NEUROCHIRURGIE  
CHIRURGIE INFANTILE  
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE  
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
MEDECINE LEGALE  
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION  
NEUROCHIRURGIE  
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE  
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
OTO-RHINOLARYNGOLOGIE  
RHUMATOLOGIE  
CANCEROLOGIE  
NEUROLOGIE  
ANATOMIE  
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE  
EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION  
MEDECINE INTERNE  
REANIMATION MEDICALE  
MALADIES INFECTIEUSES

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS**

**BUCHON** Daniel

3ème CYCLE DE MEDECINE GENERALE

**SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS**

**POMMARET** Maryse

Je dédie ma thèse

**A ma mère, pour l'amour et le soutien qu'elle m'apporte.**

**A Lilafun, mon ami .**

**A tous ceux qui souffrent du SIDA.**

A notre Président de Thèse

**Monsieur le Professeur B. MELLONI**

Professeur des Universités de Pneumologie

*«Nos concitoyens [...]. Ne croyez pas aux fléaux. Le fléau n'est pas à la mesure de l'homme, on se dit donc que le fléau est irréel, c'est un mauvais rêve qui va passer.*

*Mais il ne passe pas toujours et, de mauvais rêve en mauvais rêve, ce sont les hommes qui partent, et les humanistes en premier lieu, parce qu'ils n'ont pas pris leurs précautions».*

*La Peste, Albert Camus.*

Aux membres du jury

**Monsieur le Professeur J.M. BONNETBLANC**

Professeur des Universités de Dermatologie  
Médecin des Hôpitaux  
Chef de Service

*«La nouveauté se fait par arrangements inédits de choses anciennes».*

*Jacques Monod, Biologiste.*

**Monsieur le Professeur F. DENIS**

Professeur des Universités de Bactériologie-Virologie  
Biologiste des Hôpitaux  
Chef de Service

*«S'il est terrifiant de penser que la vie puisse être à la merci de la multiplication de ces infiniment petits, il est consolant aussi d'espérer que la science ne restera pas toujours impuissante devant de tels ennemis».*

*Louis Pasteur, Chimiste, fondateur de la microbiologie médicale.*

**Monsieur le Docteur ROGEZ**

Praticien Hospitalier  
Maladies infectieuses

*«Les germes des maladies ont, depuis le commencement des choses, prélevé leur tribut sur l'humanité [...]. L'homme a payé, aux prix de millions et de millions de morts sa profession héréditaire du globe terrestre, il lui appartient contre tous les intrus, car l'homme ne vit ni ne meurt en vain».*

*H.G. WELLS, La guerre des Mondes.*

# PLAN

## INTRODUCTION

## SIDA ET COMMUNICATION

Rôle de la presse  
Rôle des associations  
Rôle des pouvoirs publics

## SIDA ET IMPACT CULTUREL

Le SIDA et la chanson  
SIDA et cinéma  
SIDA et bande dessinée  
SIDA et littérature  
Le patchwork des noms

## SIDA ET IMPACT JURIDIQUE

VIH et législation du travail  
VIH et droit pénal

## CONCLUSION

# INTRODUCTION

Le SIDA a tout d'abord été détecté aux États-Unis, pays économiquement le plus favorisé mais rapidement on s'est aperçu qu'il existait de nombreux foyers d'infection en Europe et en Afrique. Le SIDA n'est pas simplement une maladie de plus, c'est évidemment une épidémie récemment répandue à travers le monde. Cette épidémie n'a pas de causes morales ou spirituelles. *“La première chose à savoir est que la maladie n'a rien à voir avec les penchants sexuels des gens, elle a à voir avec un virus”* (1).

Le SIDA (Syndrome d'Immuno Déficience Acquis) est un état de déficit immunitaire chronique viro induit par le virus de l'immuno déficience humaine (VIH). Un virus qui se plaît dans le corps humain à tel point que nul ne peut s'en défaire. Il y prospère, il s'y multiplie, cherchant à gagner de nouveaux territoires. *“Pourtant, tombant parfois dans de profondes torpeurs, après des années de sommeil, certains espèrent bien qu'il ne se réveillera plus. Mais un jour il reprend du service bondissant d'un corps à un autre, chevauchant une tête d'aiguille, circulant dans les épanchements du corps, pour recommencer ailleurs sa dévastatrice histoire”* (2).

Le SIDA est une épidémie des temps modernes, un phénomène de société, au delà du domaine bio médical toutes les sphères de la société sont en effet concernées (droit, éducation, médias, sexualité, culture, ...). Toutes les disciplines ou presque, peuvent aider à la compréhension du phénomène. La communication, sous ses divers aspects, est très vite

devenue un moyen d'information indispensable avec un but essentiellement préventif. Tous les vecteurs de la communication interviennent. Des médecins aux différents acteurs sociaux, de la presse à la télévision, des associations aux pouvoirs publics, tous sont conscients de l'importance cruciale d'une communication pour espérer anéantir ce nouveau virus, car il n'existe encore aucun traitement curatif, la prévention reste pour le moment le seul moyen de ne pas mourir du SIDA.

Pourquoi faire une thèse sur le SIDA au moment où l'intérêt des médias et du grand public semble quelque peu émoussé et où la maladie paraît vaincue par la multithérapie? Parce que nous devons rester prudents et réalistes plus que jamais, à l'heure des nouveaux traitements qui semblent reculer l'échéance. Non le SIDA n'est pas mort, loin de là. Il y a encore cinq mille nouvelles contaminations par an en France. Il y a donc toujours de la place pour un travail de prévention et d'information. Nous avons encore à apprendre et à faire : apprendre pour faire et faire pour apprendre.

On ne peut appréhender une épidémie comme le SIDA de façon exclusivement scientifique, rationnelle. Un tel événement met en jeu de façon implicite tout le champ social qui se définit comme le lieu où des hommes ont à vivre en commun. On peut considérer l'homme comme un symbole dans le champ social, plus précisément comme un symbole de la parole. L'homme est appareillé de différents systèmes de langages

de plus en plus sophistiqués qui lui permettent de communiquer. La communication SIDA avec ses risques de déviation, de glissement, mais aussi son rôle fondamental en matière d'information, de prévention représente la première partie de cette thèse : quel est le rôle de la presse, des associations, des pouvoirs publics dans la communication SIDA ? Il va de soi que la culture peut représenter un bon moyen de communication. Dans une deuxième partie, nous étudierons l'impact culturel du SIDA. Si la communication permet à la société de se questionner, de s'exprimer, de débattre avec pour résultat soit une dissolution, soit un renforcement de ses liens, le droit pour sa part formule au sein de la société l'existence d'un lien entre tous. Cependant le SIDA suscite des discours et des pratiques discriminatoires qui peuvent remettre en cause les principes fondamentaux du droit. C'est pourquoi, il nous a paru important d'aborder l'impact juridique du SIDA dans une troisième partie.

SIDA ET  
COMMUNICATION

*” La communication soutient et anime la vie. Moteur et expression de l’activité sociale et de la civilisation, elle a conduit l’homme et les peuples de l’instinct à l’inspiration à travers un ensemble de processus et de systèmes d’information, d’impulsion et de contrôle. Source commune où se puisent les idées, elle renforce par l’échange des messages le sentiment d’appartenance à une même communauté. Elle traduit la pensée en acte et reflète toutes les émotions et tous les besoins depuis les gestes les plus simples assurant la continuité de la vie jusqu’aux manifestations suprêmes de la création ou de la destruction. Intégrant le savoir, l’organisation et le pouvoir, la communication relie chez l’homme la mémoire de ses origines à ses aspirations les plus nobles pour une vie meilleure. Au fur et à mesure de l’évolution, la tâche de la communication s’est faite plus complexe et plus subtile. Elle vise à libérer l’humanité du besoin et de la peur en l’unissant dans un sentiment de commune appartenance et dans un même élan de solidarité et de compréhension. Néanmoins sans changements structurels fondamentaux, la majorité de l’humanité ne bénéficiera pas des progrès de la technologie et de la communication”*

(3).

Cet extrait du Rapport de la Commission internationale d’étude des problèmes de la communication de l’UNESCO résume bien mieux que je ne saurai le faire moi-même l’importance de la communication dans l’équilibre individuel et collectif des êtres humains.

La lutte contre le SIDA s'appuie sur la médecine et la recherche, l'action sociale et médicale, la prévention et les soins. Il s'agit d'une lutte individuelle mais aussi collective où la communication joue un rôle crucial. Celle-ci a pour but de mettre en relation tous les intervenants et toutes les disciplines participant au combat. Mais aussi et surtout, elle a un but préventif : communiquer pour rendre visible l'épidémie et ses risques réels.

Quel a été le rôle de la presse, des associations, des pouvoirs publics dans la communication SIDA ?

## **I - ROLE DE LA PRESSE**

Jamais aucune pathologie n'avait donné lieu à une telle couverture médiatique. Le SIDA a mis en évidence l'importance du rôle et de la place des médias dans notre société. Chaque événement lié au SIDA est d'abord le fait des médias.

La couverture médiatique du SIDA est impressionnante pour cinq raisons principales :

- Le SIDA est doté de tous les ingrédients qui d'ordinaire attirent le grand public : le sexe, le sang, le mystère, la morale, la mort.

- L'infection touche le monde des médias et les cercles qui lui sont proches : intellectuels, artistes.
- L'infection est une pandémie et les chiffres sont alarmants.
- Il n'existe pas de thérapeutique satisfaisante, l'avenir reste donc très incertain.
- Le SIDA suscite des images fortes et émouvantes qui font toujours audience.

Au delà de l'attrait médiatique que suscite le VIH, le SIDA marque également un tournant dans l'histoire du journalisme médical.

Jusqu'au début des années 1980, le journalisme médical est un journalisme vulgarisateur et institutionnel. Le journaliste rend abordables pour le lecteur des communications faites par la communauté scientifique. Avec le VIH le journalisme médical se transforme, outre la vulgarisation apparaissent trois nouveaux axes journalistiques : le terrain, la prévention, l'investigation. Désormais pour informer le grand public, le journaliste médical doit s'appuyer sur ces trois axes.

### **I-1 - Causes de l'évolution du journalisme médical**

L'évolution du journalisme médical est liée à celle de la médecine et à celle des besoins du patient ou du futur patient. La médecine n'est

plus seulement la science de l'épidémiologie, des symptômes, des examens complémentaires et des thérapeutiques. Elle empiète sur l'économie, la politique, l'éthique ...

*“ La rubrique médicale doit ainsi couvrir un nombre sans cesse croissant de domaines qui ne relèvent plus de la médecine stricto sensu”*  
(4).

Ainsi le SIDA n'est pas traité seulement dans la rubrique médicale, mais aussi dans les rubriques société, législation, politique, étranger ....

Par ailleurs le grand public a des besoins de plus en plus importants en information médicale. Les gens s'intéressent de plus en plus à leur corps. Les médias répondent alors à leur demande. Les rubriques médicales se multiplient non seulement dans la presse générale mais aussi dans la presse féminine, à la télévision, à la radio. Parallèlement les journalistes médicaux, médecins ou non, compétents ou non, sont de plus en plus nombreux. La médecine est traitée comme n'importe quel autre sujet journalistique avec des chroniqueurs qui prennent parti. Le long monologue du journaliste médical écrit dans son bureau fait place à un journalisme de terrain, d'enquêtes, donnant la parole à un large public : malades, médecins, hommes politiques, hommes de rue, personnalités du spectacle.

## **I-2 - Rôle informateur**

En 1998, l'information reste encore le principal moyen de lutte contre l'infection par le VIH.

Malade, chercheur, médecin, décideur, journaliste ou citoyen, chacun doit gérer une multitude d'informations pour prendre les bonnes décisions et transmettre un savoir de qualité. Il faut reconnaître que dès le début de l'histoire du SIDA la presse grand public participe largement au partage de cette information. En effet cette maladie nouvelle présente la caractéristique inédite d'avoir été révélée par la presse grand public. Pendant trois ans, de 1982 à 1985, la presse représente la principale source d'information et de prévention pour le grand public. Durant longtemps, face à la carence des pouvoirs publics, il revint à deux professions la presse et le corps médical, ainsi qu'aux malades ou plus précisément à la mieux organisée de ses minorités, la communauté homosexuelle, de mener à bien la quadruple tâche de comprendre, expliquer, sensibiliser, et prévenir.

Après s'être contenté pendant longtemps de résumer les articles parus dans les revues scientifiques, le journaliste médical pour informer s'est tourné vers le terrain, la prévention et l'investigation.

Nous avons dégagé cinq grandes périodes dans la couverture médiatique du SIDA.

- En 1982, c'est la révélation par la presse grand public d'une maladie mystérieuse qui s'appellera SIDA.
  
- De 1983 à 1986, la presse réduit l'infection par le VIH à ses aspects homosexuels, scientifiques et médiatiques. Apparaît le journalisme de terrain qui se concrétise par les reportages sur les malades, les associations, permettant au grand public de mieux comprendre les malades et aux malades de mieux se comprendre.
  
- De 1987 à 1990, les journaux abordent les problèmes de prévention, de dépistage, les enjeux juridique, politiques et économique, la presse contribue ainsi à la construction sociale du SIDA. Le journaliste médical fait de la prévention même si ce n'est pas son rôle premier, lorsqu'il commente les campagnes officielles ou lorsqu'il prend différentes initiatives pour informer sur les voies de transmission du virus, pour faire accepter le préservatif ...
  
- Entre 1991 et 1994, "les affaires du sang contaminé" font l'actualité. Les journalistes jouent un rôle primordial dans les révélations de "ces affaires". Par l'investigation la presse aide au rétablissement de la vérité pour la paternité de la découverte du virus. Elle met l'accent sur les erreurs des médecins et des pouvoirs publics dans "les affaires du sang contaminé".

- De 1995 à 1997, l'accent est mis principalement sur les progrès des chercheurs, et l'espoir que procurent les nouveaux traitements.

Ainsi le journaliste médical, s'appuyant sur les trois axes à savoir le terrain, la prévention et l'investigation, informe et mobilise les différents acteurs de l'infection. Il constitue le chaînon entre les différents protagonistes qui agissent autour du SIDA (citoyens, malade, séropositif, médecin, chercheur, décideur ...).

### **I-2-1 - De Janvier 1982 à Janvier 1983 : le mystère**

En Juin 1981 sont publiées les conclusions d'un rapport établi par le centre de contrôle des maladies d'Atlanta (CDC d'Atlanta : Center for Disease Control) concernant les premiers cas d'une maladie mystérieuse et mortelle caractérisée par une profonde dégradation du système immunitaire. Elle frappe des hommes jeunes, généralement homosexuels, vivant sur la côte ouest des États-Unis.

Le 3 Juillet NEW-YORK TIMES reprend cette information. Le même mois un article paraît sur le sujet dans le quotidien du médecin.

Dès le 2 Janvier 1982, le quotidien Le MATIN sort le premier

SYNDROME

# Mystérieux cancer chez les homosexuels américains

Plus de cent soixante cas aux Etats-Unis, un tiers est décédé. Un malade en observation à Paris.

Libération 6 janvier 1982

M O D E D E V I E

KARPOSI

## Le mal mystérieux des homosexuels américains (suite)

Les USA s'organisent. Dans le désert épidémiologique français, quelques médecins cherchent à faire le point sur les cas parisiens

Libération 7 février 1982

### Les homosexuels punis... par le cancer

Selon le Center for Disease Control d'Atlanta, une véritable épidémie de... cancer ravagerait la communauté « gay » américaine. Après l'hépatite virale et les amibes, c'est maintenant par ce redoutable fléau que les homosexuels expieraient leurs fautes...

**P**OUR détourner les petits garçons trop habitués aux plaisirs solitaires, on leur racontait autrefois que la masturbation rendait sourd. Mais l'onanisme étant aujourd'hui libre (et gratuit), cette menace foudroyante est tombée en désuétude. D'autant qu'une nouvelle turpitude guette désormais les bataillons de petits garçons : l'homosexualité, la hantise de la mère de famille avertie. Et c'est d'un syndrome autrement inquiétant que sont menacés les jeunes gens qui succomberaient à la tentation : le cancer, cette peste des temps modernes, sous la forme du syndrome de Kaposi. Caractérisé par des plaques violettes plus ou moins douloureuses, ce cancer de la peau évolue en deux ou trois ans vers la mort. Ni plus ni moins...  
pointe du progrès, qui font cette charmante révélation. D'ailleurs cautionnée par des scientifiques puisque le Center for Disease Control d'Atlanta va jusqu'à parler d'épidémie : cent quatre vingt-un cas auraient été repérés aux Etats-Unis, dont 75 % depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1981. Cette maladie hypertrophiée (ce qui prouve que tous les homosexuels ne sont pas égaux devant le peche) atteindrait 90 % des homosexuels et des bisexuels. Ils seraient victimes d'une sexualité trop fréquentative et d'un abus de drogues.

Alors une seule mesure prophylactique pour éviter ce mal, l'hétérosexualité (ou l'abstinence, pour ceux qui ne peuvent se résoudre à fréquenter les dames...). Et pour encourager ses petits dans cette voie, leur raconter tous les soirs l'histoire de Kaposi, le petit sarcome qui a mal fini...  
Naturellement, ce sont les Américains, toujours à la

M.D.L.

Le Matin  
2 janvier 1982

Etats-Unis : premier bilan pour la mystérieuse « maladie des homosexuels »

NOTRE TEMPS

Les USA ont été dénombrés et 60 malades ont déjà succombé à l'étrange qui débouche parfois sur une forme rare de cancer

Le Matin  
17 février 1982

article sur le sujet et titre dans un petit encart "*Les homosexuels punis par le cancer*" (5).

Le 6 Janvier, on peut lire dans LIBÉRATION "*Mystérieux cancer chez les homosexuels américains*" et "*le Mal étrange qui frappe les homosexuels*" dans LE QUOTIDIEN de PARIS (6) (7).

Le mal est inconnu, c'est le mystère, on parle de "cancer des homosexuels". En France, on dénombre un cas en Janvier et cinq cas en Février 1982. Tous sont homosexuels et ont fait de nombreux séjours aux U.S.A.. Les patients souffrent d'infections opportunistes à CMV, à candida albicans, à pneumocystis carinii, certains sont atteints par le sarcome de Kaposi. Leur point commun est la dégradation du système immunitaire avec une baisse des lymphocytes.

Très vite les médecins mettent en garde devant l'extension épidémique du mal. S'agit-il d'un mal provoqué par un agent toxique ou viral? Les hypothèses au début vont bon train.

Durant l'année 82, la recherche scientifique fait de grands pas, on sait que les homosexuels ne sont pas les seuls concernés, sont aussi touchés les haïtiens, les utilisateurs de drogues intra veineuses, les hémophiles. Ainsi pendant un temps, le mal est appelé maladie des quatre H : homosexuels, haïtiens, hémophiles, héroïnomanes.

Les chercheurs constatent que les enfants sont aussi touchés par

une transmission materno foetale. Toutes ces observations orientent vers un agent viral transmissible par voie sanguine et sexuelle, même s'il n'a pas encore été identifié. La maladie est désignée par le sigle AIDS (Aquired Immune Defiency Syndrome) en Août 1982 qui sera traduit plus tard en français par SIDA.

En Janvier 1983, l'équipe Pasteurienne autour de Luc MONTAGNIER découvre le virus vraisemblablement responsable du SIDA appelé LAV (Lymphadenopathy Associated Virus), virus proche du HTL V1 découvert en 1979 par le Professeur GALLO.

Le 16 Mai 1983, Luc MONTAGNIER présente publiquement ses travaux.

Au cours de l'été 1986 un comité international adopte le signe HIV (Human Immunodeficiency Virus) en lieu et place de LAV. La découverte du virus fautif ouvre les portes de la mise au point d'un test de dépistage et plus tard d'une thérapeutique.

Même si les catégories mises en relief par l'épidémiologie ont été attaquées pour leur effet d'étiquetage et de stigmatisation, elle a eu le mérite d'accélérer la prise de conscience du risque par les personnes les plus exposées et de faciliter la sensibilisation à la prévention.

### **I-2-2 - Le terrain**

Le SIDA est une pathologie où la voix du malade doit s'entendre le plus fort possible. Ainsi un certain nombre de journaux ne s'autorisent plus à écrire sur la maladie sans au moins donner la parole aux acteurs ce qui inclut les malades, les milieux associatifs, et les équipes de soin.

Le journalisme de terrain débute en 1983 avec les premiers reportages dans la communauté homosexuelle d'abord aux États-Unis puis en France.

Au début de l'épidémie, les homosexuels sont durement touchés par le virus, c'est chez eux que les premières maladies opportunistes ont été mises en évidence. L'idée : "SIDA = homosexuels" est bien ancrée dans l'esprit du grand public.

A cette époque deux types de journaux s'opposent. D'un côté ceux se basant uniquement sur les données scientifiques et voulant apporter les éléments pour mieux combattre le virus et les a priori qu'il engendre. Les reportages effectués parmi les communautés homosexuelles américaine et française ont pour but essentiellement de montrer l'existence d'un décalage entre ces deux pays sur la prise de conscience du phénomène SIDA et les éventuelles actions qui en découlent. De l'autre côté la presse conservatrice et la "presse à sensation" qui ont trouvé le filon pour encenser les valeurs morales et

vendre du papier : le malheur des autres fait toujours vendre. Pour cette presse ce ne sont pas les pratiques sexuelles qui sont à risque, ce sont les homosexuels qui sont un groupe à risque. Pourtant à cette époque, le sigle SIDA existe et on sait que les homosexuels ne sont pas les seules victimes : sont aussi touchés les hémophiles, les hétérosexuels, les toxicomanes, les enfants. Malgré tout, cette presse à sensation continue à employer des expressions impropres qui sèment la confusion dans l'esprit du public : "syndrome des homosexuels", "cancer gay", etc ...

Les reportages effectués aux États-Unis témoignent de la mobilisation des homosexuels américains. Ceux-ci forment une véritable communauté. Ils sont solidaires, représentent une population électorale sensible, et dominent beaucoup de milieux professionnels et des quartiers entiers des grandes villes. Ils décident donc de s'organiser pour lutter contre l'infection. La mobilisation regroupe les associations d'homosexuels, les malades, les médecins gays, la presse gay. Ainsi est fondée à New-York, l'association le GAY Health Crisis. Leur but est de convaincre les homosexuels de modifier les pratiques sexuelles à risque et d'avoir recours à l'utilisation des préservatifs. *"Les homos doivent renoncer dans les bains à une sexualité désormais dangereuse"*. *"Dans les années 70, nous avons cru pouvoir réaliser tous nos fantasmes, aujourd'hui nous savons que c'est mortel. La fête est finie"* (8).

L'organisation a aussi pour but d'aider financièrement les plus démunis. Des volontaires que l'on appelle les "body" sont chargés de

s'occuper des malades les plus atteints. Des crédits de recherche plus importants sont sans cesse réclamés par le mouvement homosexuel américain.

Qu'en est-il en France?

La réaction des homosexuels français est toute autre. En France la prévalence de l'infection est moins importante et il n'y a pas de véritable communauté homosexuelle.

En 1983 les homosexuels français ne sont pas intéressés par ce qui se passe aux Etats-Unis. "*New-York se bat, Paris continue à danser*" (9). Pour Claude LEJEUNE, journaliste occasionnel à Gai Pied, homosexuel militant, et médecin, ce n'est pas tant cette maladie qui fait peur que le retour en force d'une morale faite de préjugés. La presse gay s'indigne contre l'écho donné au SIDA : "*Ne sommes nous pas une fois de plus victimes de ce puritanisme qui nous colle aux chromosomes et dont les gays américains ne sont pas arrivés à se départir?*" (10).

Ainsi s'opère un vieux réflexe défensif et étroitement militant : il faut résister à la société bien pensante, qui veut imposer le retour à la morale qu'elle a établie. Pour la communauté homosexuelle française il ne peut s'agir que d'une campagne homophobe.

Il faut attendre 1984 pour voir cette attitude changer. Eric CONAN écrit dans LIBÉRATION "*avec quelques retards, les homosexuels français finissent par adopter l'attitude de leurs collègues*

*américains : considérer la réalité du SIDA et s'organiser pour y faire face*" (11).

Le journalisme de terrain se concrétise également par de nombreux reportages réalisés pour donner la parole aux malades. Ainsi par voie de presse les malades ont la possibilité de s'exprimer ouvertement et anonymement.

Pour introduire leurs articles, les chroniqueurs nous expliquent les motivations de ces malades qui décident publiquement et librement de parler de leur infection. Les malades gardent toujours leur anonymat et sont désignés par un prénom ou un pseudonyme. Aucune photo n'est prise. Les motivations sont variées : diminuer la psychose qui entoure le SIDA, lutter contre le rejet de l'autre, mettre en garde le lecteur contre les comportements à risque, alerter, sensibiliser et prévenir la majorité des lecteurs, donner espoir aux autres pour se donner espoir.

Face au reportage, il existe une toute autre forme journalistique qui est l'article autobiographique : une personne contaminée par le VIH raconte sa nouvelle vie en utilisant la première personne. Ainsi par exemple LIBÉRATION fait paraître une chronique intitulée "*Moi et mon SIDA*" dans plusieurs de ses numéros de 1989 à 1993. L'auteur signe d'abord par un pseudonyme, Pierre CHABLIER, puis de son vrai nom Christian MARTIN. Il raconte "ses coups de gueule" depuis la

connaissance de sa séropositivité.

Les malades racontent toujours à peu près la même histoire car leur vie privée comme professionnelle se déroule maintenant en fonction des étapes de l'infection. Ils racontent leur contamination, leur désarroi et leur désespoir à l'annonce de la séropositivité ou de la maladie. Certains parlent de la colère, de l'amertume ou de la résignation éprouvées face à la personne responsable de leur contamination. D'autres, tels que les toxicomanes, font le récit des "galères" de la drogue. Ils parlent des mensonges sur leur état de santé. Ils décrivent leurs symptômes : la fatigue, la perte de poids, les maladies opportunistes, les douleurs. Leurs relations avec les traitements sont bivalents, avec selon les cas, le refus de se traiter ou au contraire la volonté de tout essayer, de rentrer dans tous les protocoles. Ils racontent leurs trop fréquentes hospitalisations, leur relation avec les infirmières et les médecins qui tantôt sont dévoués, tantôt indifférents. Ils font la liste des multiples effets secondaires engendrés par les nouveaux traitements qu'ils sont malgré tout obligés de suivre. Des métaphores guerrières sont largement employées pour décrire leur relation avec la maladie : les mots utilisés sont bataille, guerre, lutte, combat, vaincre.

Ils évoquent la famille, les amis qui se sont soit éloignés, soit au contraire investis dans la lutte contre la maladie. Le rejet des autres est mal vécu. Plus ou moins aidés ou accompagnés, ils parlent tous de leur

solitude face au virus.

La mort est aussi un thème abordé, la mort des proches contaminés par le virus, mais aussi leur propre mort.

Ils exposent leur relation avec la presse, ils reprochent aux journaux d'entretenir psychose et peur. Malgré de nombreux espoirs déçus, ils parlent de leur confiance à l'arrivée de chaque nouveau traitement.

Concernant les proches : parents, conjoints, amis , enfants, tous racontent leur expérience personnelle face à cette maladie, les difficultés rencontrés au quotidien pour rettenir à la vie la personne aimée.

Ainsi les différents reportages et témoignages rapportés par la presse contribuent à donner un visage humain à la maladie, et à ne pas séparer le contenu émotionnel du contenu médical.

### **I-2-3 - La prévention**

Est-ce que la presse doit avoir un rôle en matière de prévention?

Qu'elle le veuille ou non la presse participe à la prévention. D'ailleurs un sondage réalisé par l'IFOP pour l'EXPRESS en Février 1993 le confirme. Ce sondage réalisé auprès d'un échantillon

représentatif de 1000 personnes âgées de 15 ans et plus montre que pour 29 % des personnes interrogées, les journaux et les magazines offrent la meilleure information sur les modes de transmission du VIH et cela loin devant les autres sources d'information.

La presse fait de la prévention en servant de relais, de support, aux campagnes nationales de prévention et d'information, tout comme les autres médias.

Elle informe le lecteur à chaque nouvelle étape du virus : les modes de transmission, les symptômes de la maladie, les moyens de prévention, les thérapeutiques nouvelles.

Elle délivre des renseignements d'ordre pratique en donnant l'adresse des centres de dépistage anonymes et gratuits.

Mais la presse prend aussi des initiatives en matière de prévention. En effet certains journalistes jugent les campagnes officielles trop timorées, fades et inefficaces. Ils utilisent alors un autre ton pour faire de la prévention. Ainsi les journalistes de LIBÉRATION réalisent un tableau sur les voies de transmission du virus. Ce tableau sera repris par l'Agence Française de Lutte contre le SIDA.

La presse réalise des tests, des sondages pour mieux impliquer et

sensibiliser ses lecteurs à la prévention. Certains journaux participent aussi à l'élaboration de la série de films "3000 scénarios pour un virus". Ainsi par la force des choses les journalistes spécialisés du SIDA, souvent médecin de formation, participent à la construction de la prévention.

#### **I-2-4 - Investigation**

Avec l'infection par le VIH le journalisme médical devient aussi investigateur.

Le chroniqueur médical est devenu un enquêteur, il quitte le rôle de la seule diffusion du savoir pour adopter un rôle plus actif. Le SIDA a révélé un journalisme médical d'investigation car il y avait polémique, scandale.

"L'affaire HEVAC B" constitue les prémices de ce journalisme d'investigation. Puis vient la "querelle GALLO - MONTAGNIER" qui donne lieu à de longues enquêtes, suivie par "les affaires du sang contaminé".

### Le rôle décisif des médias

*Aujourd'hui, parmi les sources d'information suivantes, quelle est celle qui vous offre, à vous personnellement, la meilleure information sur les modes de transmission du sida et les pratiques sexuelles sans risque ?*

Le ministère de la Santé	4 %
Les associations de lutte contre le sida	10
Le bouche à oreille (parents, amis)	11
Les médecins	13
Les articles dans les journaux ou les magazines	29
Les campagnes de publicité	23
Les enseignants	3
Les collectivités locales, par exemple votre mairie	1
Autres	5
Sans opinion	1

*Sondage réalisé par l'Ifop les 18, 19 et 20 février 1993 auprès d'un échantillon national représentatif de 1 000 personnes âgées de 15 ans et plus. Méthode des quotas.*

# Préservatif et Sida, une enquête OMS - « Libération »

« Libération » s'est associé à l'antenne parisienne de l'Organisation mondiale de la santé qui travaille sur le Sida pour diffuser le questionnaire suivant. Son traitement constituera le premier document sur la place du condom dans la sexualité des Français depuis que le Sida a modifié le paysage du plaisir.

1 AGE:      SEXE: M       F

2 A QUEL QUEL AGE AVEZ-VOUS - eu votre premier rapport sexuel: utilisé votre premier préservatif:

3 ACTUELLEMENT, VOUS UTILISEZ DES PRESERVATIFS  
Avec un(e) partenaire régulier(e)  
 Toujours     Souvent     Rarement     Jamais  
Si toujours ou souvent, depuis quand:

4 VOUS VOUS CONSIDEREZ COMME  
 Utilisateur confirmé     Rarement     Jamais

5 VOUS PREFEREZ LES ACHETER DANS (réponses multiples possibles)  
 Pharmacie     Supermarché     Autre. Si autre, préciser:

6 VOUS UTILISEZ:     Toujours la même marque  
 Certaines marques seulement     N'importe quelle marque  
Pouvez-vous citer 3 marques différentes:

7 VOUS LES ACHETEZ PAR BOITES DE (réponses multiples possibles):  
 Moins de 5     5 à 10     10 à 20     Plus de 20

8 VOUS LES UTILISEZ (réponses multiples possibles)  
 Comme contraceptif  
 Pour éviter une infection sexuellement transmissible (Sida exclu)  
 Par peur du Sida  
 Lorsque vous ou votre partenaire êtes en cours de traitement pour une infection sexuellement transmissible (Sida exclu)  
 Parce que vous ou votre partenaire êtes porteur du virus HIV (virus du Sida)  
 Autre, préciser:

9 TYPE DE PRESERVATIFS UTILISES  
Réservoir:     Avec     Sans     Pas de préférence  
Pré-lubrification:     Avec     Sans     Pas de préférence

10 AJOUTEZ-VOUS UN AUTRE PRODUIT  
 Oui     Non  
Si oui lesquels? (réponses multiples possibles)  
 Lubrifiant spécialement destiné à cet usage  
Préciser:  
 Lubrifiant « ménager » (Vaseline, beurre, crème de beauté...)  
Préciser:  
 Salive     Autre    Préciser:

11 VOUS LES UTILISEZ AU COURS DE RELATIONS SEXUELLES AVEC  
Pénétration vaginale:  
 Oui     Non     Non pratiquée  
Pénétration anale:  
 Oui     Non     Non pratiquée  
Pénétration orale:  
 Oui     Non     Non pratiquée

12 VOUS ETES  
 Hétérosexuel(le)     Homosexuel(le)     Bisexuel(le)

13 EN 1989, VOUS AVEZ EU DES RELATIONS SEXUELLES AVEC  
 Personne  
 Uniquement un(e) partenaire régulier(e)  
 Plusieurs partenaires réguliers(e)s  
 Partenaire(s) régulier(e)(s) et occasionnel(le)(s)  
 Uniquement un (des) partenaire(s) occasionnel(le)(s)  
SVP, précisez le nombre total de vos partenaires en 1989:

14 AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS combien de préservatifs avez-vous utilisés en essayant d'être le plus précis possible

15 EST-IL ARRIVE QU'UN PRESERVATIF S'ENLEVE ACCIDENTELLEMENT PENDANT UN RAPPORT  
 Non     Oui    Si oui, combien de fois:

16 AVEZ-VOUS EU DES RUPTURES DE PRESERVATIFS  
 Non     Oui    Si oui, combien:

17 QUELLES ETAIENT LES CIRCONSTANCES DE CES RUPTURES (réponses multiples possibles)  
 Pas de lubrification  
 Lubrification insuffisante  
 Lubrification avec un produit « ménager »  
 Déchirure par ongles, bagues, dents...  
 Au moment de la mise en place  
Taille du préservatif inadaptée    Trop petit    Trop grand  
 Utilisation au cours d'un traitement génital local (ovules gynécologiques...)  
 Date de péremption dépassée  
 Manque d'expérience dans l'utilisation du préservatif  
 Autre, SVP préciser:

18 VOUS TROUVEZ LES PRESERVATIFS  
 Très facile à utiliser    Facile    Difficile    Très difficile  
Très facile à proposer à un partenaire    Facile    Difficile    Très difficile  
N'altérant pas les sensations    Altérant peu    Altérant beaucoup  
Très facile à se procurer    Facile    Difficile    Très difficile

19 VOUS ACHETEZ DES PRESERVATIFS (réponses multiples possibles)  
Quand vous faites vos courses  
Juste avant de passer à l'acte  
Vous espérez que votre partenaire y a pensé  
Le lendemain, rongé de remords  
Autre, préciser:

20 VOUS TROUVEZ LE PRIX DES PRESERVATIFS  
 Normal  
 Cher, mais cela ne vous empêche pas de les utiliser  
 Trop cher, et cela limite votre utilisation.

21 VOUS HABITEZ DANS UNE VILLE DE  
 Plus d'1 million d'habitants  
 100 000 à 1 million d'habitants  
 20 000 à 100 000 habitants  
 Moins de 20 000 habitants  
 Commune rurale

22 VOUS ETES  
 Lycéen/Étudiant  
 Inactif/Retraite  
 Ouvrier/Agriculteur  
 Employé  
 Profession intermédiaire (Instituteur, paramédical, technicien...)  
 Commerçant/Artisan  
 Cadre supérieur/Profession libérale

23 VOTRE ATTITUDE VIS-A-VIS DES PRESERVATIFS A-T-ELLE ETE MODIFIEE PAR L'INFORMATION SUR LE SIDA  
 Oui     Non

*Si vous avez des commentaires à émettre par rapport au questionnaire MLRS 1*

Libération 14 novembre 1989

enquête OMS-Libération sur la sexualité et l'utilisation du préservatif

Les lecteurs doivent envoyer leurs réponses anonymes sous pli affranchi au journal

---

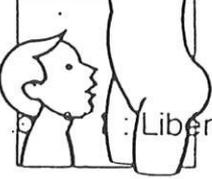
▶ **TABLEAU DES VOIES DE TRANSMISSION DU VIRUS, QU'É-**  
**OUT CE QUE VOUS AVEZ TOUJOURS VOULU SA**

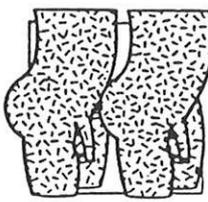
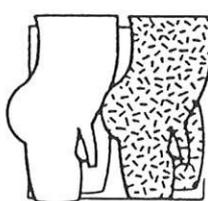
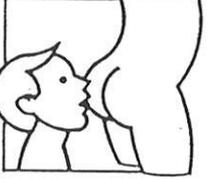
---

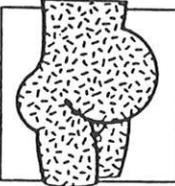
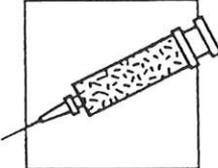
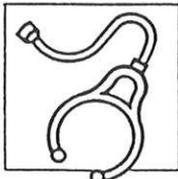
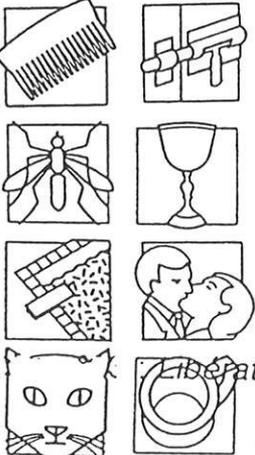
**LLES SOIENT CERTAINES, PHANTASMATIQUES OU DOUTEUSE**  
**VOIR SUR LE SIDA, SANS OSER LE DEMANDER**

*Libération*, 17 décembre 1986

Tableau sur les voies de transmission du virus réalisé par les journalistes de *Libération* et qui devient une brochure de l'AFLS (Agence Française de Lutte contre le Sida), (voir pages suivantes).

TRANSMISSION	FACTEURS DE RISQUE	PROPHYLAXIE
<p><b>VIE QUOTIDIENNE</b></p> 	<p><b>NON</b></p> <p>Pas de risque de contamination dans les rapports de la vie quotidienne. Toutes les études menées tant en Afrique que dans les familles d'hémophiles le confirment : aucune transmission via les toilettes, les poignées de main, les jeux d'enfants, l'alimentation...</p>	
<p><b>RAPPORTS HÉTÉROSEXUELS</b></p> <p>• Classiques •</p>  <p>Homme infecté/Femme saine</p> <p>Homme sain/Femme infectée</p>	<p><b>OUI</b></p> <p>La transmission hétérosexuelle n'a pas connu l'explosion épidémiologique que redoutaient quelques spécialistes. Seule certitude : certains facteurs augmentent considérablement les risques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— les maladies sexuellement transmissibles anciennes ou présentes : risque multiplié par 2,3 selon une étude du Centre OMS de Paris menée sur 332 couples ;</li> <li>— la sodomie : risque multiplié par 4,8 lorsqu'un homme infecté pratique la sodomie avec une femme saine.</li> <li>— les rapports durant les règles et plus généralement tout ce qui abîme les muqueuses tumeurs génitales, maladies vénériennes, pratiques sado-maso.</li> </ul> <p>Le risque semble de toute façon plus important dans le sens homme infecté-femme saine, que dans le sens femme infectée-homme sain, que les rapports soient vaginaux ou anaux</p>	<p>Safer sex et préservatif (lire la rubrique "rapports homosexuels masculins" pour plus de détails)</p> <p>Le rôle supplémentaire que pourraient jouer les spermicides à base de benzalkonium n'est pas clair. De toute façon, le préservatif suffit s'il est bien utilisé !</p>
<p><b>Fellation</b></p>  <p>Homme sain/Femme infectée</p> <p>Homme infecté/Femme saine</p>	<p><b>NON mais</b></p> <p>Aucune étude au monde n'a pu démontrer que la fellation était à elle seule une pratique à risques. Isolé de la salive et des sécrétions spermatiques, le virus HIV pourrait trouver là une belle voie de passage. Il existe donc un risque théorique, à fortiori lorsque existe une lésion buccale ou génitale.</p> <p><b>OUI mais</b></p>	<p>Préservatifs</p>
<p><b>Sodomie</b></p>  <p>Homme sain/Femme infectée</p> <p>Homme infecté/Femme saine</p>	<p><b>OUI</b></p> <p>Sa responsabilité est désormais clairement établie. Sans protection : pratique à risques aussi bien chez les hétéros que chez les homos.</p> <p><b>OUI</b></p>	<p>Préservatifs</p>
<p><b>Cunillingus</b></p> 	<p><b>NON mais</b></p> <p>Pas d'étude portant sur cette activité sexuelle isolée des autres. Le risque est évidemment accru lorsqu'il existe des lésions des muqueuses. Des industriels ont toutefois inventé le préservatif féminin, tout convexe... et le carré de latex pour le masculin. On peut éviter des modes de transmission du virus sur ces deux objets.</p>	<p>Préservatif spécial (?)</p>

TRANSMISSION	FACTEURS DE RISQUE	PROPHYLAXIE
<p><b>RAPPORTS HOMOSEXUELS MASCULINS</b></p> <p><b>Sodomie</b></p>  <p>Homme infecté/Homme sain</p>  <p>Homme infecté/Homme infecté</p>  <p>Homme sain/Homme infecté</p>	<p>OUI</p> <p>Si l'on en croit les biostatisticiens, le risque de contamination augmente avec le nombre de partenaires. Il est aussi plus grand pour les <i>passifs</i> que pour les <i>actifs</i>.  Les règles du <i>safer sex</i> : promues en France par l'association Aides restent valables : vous pouvez vous caresser, vous masser, vous frotter, vous toucher, vous masturber, etc...  Quelques interrogations subsistent néanmoins : existe-t-il, par exemple, un risque accru de développer la maladie dans un couple ou les deux partenaires infectés ont des relations non protégées ?  Voir anulingus et fellation.</p>	<p>Entre abstinence et morale : le <i>safer sex</i> ! Des rapports sexuels protégés, avec des préservatifs fiables (voir page 48). Eviter les échanges de fluides.  Appliquer les règles de l'art :  — dérouler le préservatif sur le sexe en érection.  — vider toute poche d'air, notamment dans le réservoir.  — lubrifier partenaire et préservatif avec un lubrifiant à base d'eau et jamais avec un corps gras (type vaseline) qui attaque le latex.  — maintenir le préservatif lors du retrait, immédiatement après le rapport.  — ne pas réutiliser une capote usagée...</p>
<p><b>Fellation</b></p> 	<p>OUI mais</p> <p>Aucune étude au monde n'a pu démontrer que la fellation était à elle seule une pratique à risques. Isolé de la salive et des sécrétions spermatiques, le virus HIV pourrait trouver là une belle voie de passage. Il existe donc un risque théorique, à fortiori lorsque existe une lésion buccale ou génitale.  En 1988, le D<sup>r</sup> Willy Rosenbaum publiait cinq cas de transmission du virus par fellation... Pas de confirmation depuis.</p>	<p>Préservatifs</p>
<p><b>Anulingus</b></p> 	<p>NON mais</p> <p>Risque <i>théorique</i>, notamment lorsque existent des lésions anales ou génitales, ou après sodomie et fistfucking.</p>	<p>Préservatif spécial (?)</p>

TRANSMISSION		FACTEURS DE RISQUE	PROPHYLAXIE
<p>FISTFUCKING</p> 	NON sauf	Possibilité de transmission en cas de lésion signante chez l'un ou chez l'autre, surtout lorsque une relation sexuelle suit.	Pas de relations sexuelles après. Utilisation d'un gant en latex (?)
<p>RAPPORTS HOMOSEXUELS FEMINIENS</p> 	NON	Il existe, en tout et pour tout, trois publications scientifiques établissant, sur la seule foi de l'interrogatoire, une transmission du virus lors de contacts homosexuels. Le mode de relation sexuelle n'est détaillé pour aucun de ces cas... A noter quelques cas de transmission après fécondation in vitro aux Etats-Unis avant 1985.	
<p>TRANSFUSION SANGUIQUE</p> 	NON depuis août 1985 pour le don du sang	Depuis août 1985, le don du sang est "safe". Néanmoins, les tests en vigueur dans les banques du sang ne dépistent qu'insuffisamment le deuxième virus du Sida (HIV2) et pas du tout la période séparant contamination et séropositivité; d'où un risque résiduel évalué à 1 sur 95000. Pour ce qui est des produits antihémophiliques, ces substituts sanguins sont devenus extrêmement sûrs. Vaccins, sérums et produits issus du plasma (albumine, immunoglobulines) ont toujours été sains.	Produits chauffés pour les hémophiles. Questionnaires et dépistages appliqués à tous les dons du sang dans les pays industrialisés. Pour les plus anxieux: voyager avec ses propres prélèvements de sang en glacière et se faire opérer en autotransfusion.
<p>TRANSMISSION FŒTO-MATERNELLE</p> 	OUI	La contamination peut s'effectuer lors de l'accouchement (voie normale ou césarienne) et durant la grossesse. Nul ne connaît la période de gestation la plus "risquée". Il n'existe pas de test prénatal de détection.	Contraception pour les femmes séropositives. Pour l'heure, ne peuvent être proposés que l'IVG ou l'avortement thérapeutique.
<p>SERINGUES</p> 	OUI	Le risque de transmission est uniquement lié à l'utilisation des aiguilles ou des seringues souillées. Risque nul pour le H et les sniffs.	Seringues en vente libre (c'est fait!). Pas d'échange de seringues entre toxicos. Le centre d'échange des seringues (sales contre stériles) mis en place par Médecins du Monde à Paris n'a vu passer que quelques toxicos...
<p>SOINS DENTAIRES, ACUPUNCTURE, PEDICURE</p> 	NON mais	Si l'on excepte une publication française mettant en cause l'acupuncture (deux cas, recueillis par interrogatoire...), aucun cas de transmission n'a été prouvé pour ces techniques de soins. Risque théorique pour les soins dentaires, notamment pour les dentistes eux-mêmes (micropiqûres, sang dans la bouche).	Du cabinet du dentiste à celui du pédicure, il existe des méthodes de stérilisation pour un virus parmi les plus fragile. Le HIV est en effet tué par la chaleur (20 minutes à 56°), l'eau de Javel — même diluée au dixième —, les antiseptiques contenant du glutéraldéhyde, etc...
<p>DIVERS</p> 	NON.      NON	Les coiffeurs (certains ont fait leur publicité sur des techniques de stérilisation du matériel!), les gardiens de prison, les moustiques, le calice sacramentel, les piscines, les bises... ne transmettent pas le virus, n'en déplaise à ceux qui en brandissent les risques. Pas plus d'ailleurs que les chats. Quant aux jeux d'urine et coprologiques, ils sont sûrs.	

\* **L'affaire HEVAC B**

Cette affaire éclate au début de l'été 1983.

La polémique s'inscrit autour d'une question : est-ce que le vaccin contre l'hépatite B présente un risque de transmission du virus responsable du SIDA?

À cette époque grâce aux travaux de Luc MONTAGNIER, on sait que c'est un virus qui est à l'origine du SIDA. Les modes de transmission sont connues : relations sexuelles et sang. Le vaccin HEVAC B est préparé à partir du plasma sanguin prélevé chez des porteurs chroniques de l'Ag HBS. L'institut Pasteur Production est accusé par les journaux, notamment LIBÉRATION, de négligences.

Pourquoi importer de grandes quantités de plasma en provenance des Etats-Unis et le cacher, alors que ce pays possède des "groupes" importants de transmission du virus responsable du SIDA et que les porteurs de l'Ag HBS se retrouvent dans ces mêmes "groupes"? Pourquoi les plasmas européens et américains sont-ils mélangés? Pourquoi un chimpanzé vacciné par une dose du lot n° 10 est décédé?

Dans cette affaire, le travail des journalistes investigateurs n'est pas allé jusqu'au bout, et des erreurs sont commises. C'est la recherche du sensationnel et l'utilisation d'un ton polémique qui priment. LIBÉRATION titre "*L'institut Pasteur malade du cancer gay*" (12). Lorsque les scientifiques démontrent enfin l'absence de causalité entre le

vaccin contre l'hépatite B et le SIDA, aucun rectificatif n'est passé dans la presse.

\* Querelle GALLO-MONTAGNIER

Il s'agit d'une bataille qui s'engage entre d'un côté l'équipe de l'institut Pasteur française et de l'autre l'équipe américaine emmenée par le Professeur GALLO.

Le débat porte sur l'antériorité de la découverte du virus responsable du SIDA. Cette découverte est très importante car elle débouche sur un test de dépistage et ultérieurement sur la recherche d'un vaccin. L'enjeu n'est pas seulement scientifique, mais il est surtout commercial.

La presse généraliste française prend une position tranchée et défend la recherche française. Là encore un ton polémique est souvent utilisé. Ainsi, en Avril 1984, les journaux font éclater la "querelle des virus" au grand jour et titrent leurs éditoriaux "*SIDA, virus US contre virus français*", "*SIDA, qui a trouvé le bon virus?*" (13).

Le journaliste médical veut connaître celui qui a réellement découvert le virus, pour cela il va à la rencontre des collaborateurs de GALLO et de MONTAGNIER. On décrit avec précision toutes les étapes des découvertes, des publications scientifiques, des demandes de brevet pour le test de dépistage.

LE SUPPLEMENT DU LUNDI  
**SPORTS**

**OZIDOR COQUELUCHE DE WIMBLEDON** Lire pages 15 à 19  
**GOMEZ CHAMPION DE FRANCE A CARCASSONNE**

4F • LUNDI 27 JUIN 1983

• Nlle Serie • N° 653

# Libération

**CORSE**  
l'affaire Orsoni:  
un «règlement de  
compte»...politique?

Lire page 8

Irrégularités dans la commercialisation de vaccin contre l'hépatite

## L'INSTITUT PASTEUR MALADE DU "CANCER GAY"

L'Institut Pasteur Production (IPP), a misé son avenir sur la commercialisation du vaccin de l'hépatite virale en prenant le risque que son plasma, acheté aux USA, soit contaminé par l'agent du SIDA. Pendant un an, IPP a caché à ses partenaires européens la présence de plasma américain dans ses vaccins (lire pages 2 à 5)



La dernière apparition de Walesa après son entrevue avec le pape et son retour de la pénine

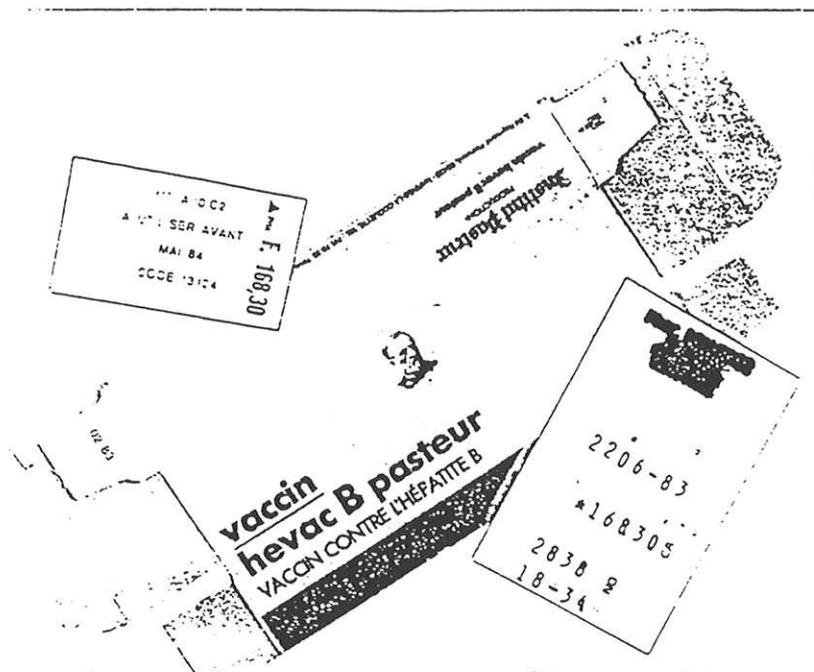
## VATICAN: LE MYSTERE WALESA

Le père Levi, directeur-adjoint de l'Osservatore Romano, organe du Vatican avait évoqué vendredi la « défaite » de Walesa dans un éditorial. Désavoué voilé des propos du pape en Pologne ? Partie émergée de négociations compliquées ? Pour couper court aux rumeurs, le pape a démis le Père Levi de ses fonctions officielles. Lire pages 18 à 20.

## L'ÉVÈNEMENT

HEPATITE B  
ET SIDA

*C'est dans l'exploitation de son prestigieux succès commercial qu'IPP a commis des négligences.*



Le mélange de vaccin contre l'hépatite B pasteur - voir le numéro du lot n° 10.

La ticket-casse remis par le pharmacien en acte du 22 juin 1983.

### Théoriquement bloqué, le lot N° 10 s'achète en pharmacie

Le DR Netter, directeur général du laboratoire national, nous a confirmé le vendredi 24 juin que toutes les doses du lot n° 10 étaient actuellement interdites à la vente à la suite de la mort d'un des deux chimpanzes vaccinés pour les tests de sécurité. Le Dr.

Netter nous a précisé que les résultats des examens pratiqués sur l'animal pour déterminer les causes de sa mort ne seront pas connus avant le 29 ou 30 juin. En attendant, nous a-t-il dit, l'interdiction de vente est maintenue. Il semble que l'Institut Pasteur Production ne suive pas à la lettre les consignes du directeur général du laboratoire national. Le mercredi 22 juin en effet, nous nous sommes rendus à la pharmacie Pelletier, rue de Clignancourt, pour commander une dose de vaccin contre l'hépatite B. Nous découvrons le soir même, en en prenant livraison, qu'elle faisait partie du fameux lot n° 10 comme l'attestent les pièces justificatives publiées ci-dessus. S'agit-il d'une négligence ou d'une dérogation momentanée ?

## L'ÉVÈNEMENT

*Coup de théâtre : l'Institut Pasteur Production a mélangé les plasmas européen et américain...*

Pour résumer cette querelle opposant GALLO à MONTAGNIER, nous avons fait un petit historique avec les épisodes marquants d'une polémique qui aura duré onze ans.

### 1983

- En janvier, l'Institut Pasteur (L. MONTAGNIER, J.C. CHERMAN, F. BARRÉ-SINOUSSE) isole le LAV (Lymphadenopathy Associated Virus), susceptible d'être responsable de l'infection.
- Le 20 mai 1983 : publication de l'isolement du LAV dans la revue *Science*.
- En été, l'équipe de Pasteur adresse à GALLO des échantillons du LAV à condition de ne pas en faire un usage industriel ou commercial.
- Le 5 décembre 1983, l'Institut Pasteur dépose une demande de brevet aux USA pour son test de dépistage.

### 1984

Le 23 avril, conférence de presse à Washington, le secrétaire américain à la santé, Mme Margaret HECKLER, annonce la découverte du HTLV-III (Human T Lymphotropic Virus) par l'équipe du Pr GALLO ainsi que le dépôt d'un brevet pour le test de dépistage américain. Le Pr GALLO avait déjà découvert en 1979, le HTLV-I, premier rétrovirus humain.

### 1985

- En janvier, des chercheurs américains et français démontrent que le LAV et le HTLV-III sont identiques.
- Le 28 mai 1985, le Patent Office accorde un brevet au seul test de GALLO.
- Le 12 décembre 1985, l'Institut Pasteur dépose une plainte devant les tribunaux américains.

### 1986

- En juin, le Patent Office reconnaît que les chercheurs français ont été les premiers inventeurs du test.
- Au cours de l'été, un comité international adopte le sigle HIV (Human Immunodeficiency Virus) en lieu et place de LAV et HTLV-III. Ceci met fin à la querelle sémantique.

### 1987

Le 31 mars, un accord est signé entre le National Institute of Health (NIH) et l'Institut Pasteur. Il porte sur une répartition des bénéfices liés à la commercialisation des tests de dépistage.

### 1989

- Le 19 novembre, le *Chicago Tribune*, journal américain, consacre seize pages au rétablissement de la vérité : le HTLV-III a été découvert à partir du LAV. Est-ce un accident ou un vol ?

- Le 25 novembre, Le NIH confie à l'un de ses services (Office for Scientific Integrity) le soin de mener une enquête après ces révélations. Une sous-commission de la chambre des représentants est nommée pour se saisir aussi de l'affaire.

### 1990

Le 20 mars le *Chicago Tribune* révèle la dissimulation à l'administration américaine d'un document concernant les travaux de GALLO.

### 1991

Le 30 mai 1991, dans une lettre publiée par *Nature*, le Pr GALLO admet que le HTLV-III n'est autre que le LAV et évoque une contamination accidentelle.

### 1992

- Avril 1992, le gouvernement français veut renégocier le contrat de 1987, estimant qu'il avait été signé sur des bases erronées.

- Mai 1992, le rapport du NIH est rendu public. Il accuse Mikulas Popovic, chef de laboratoire du Pr GALLO de "scientific misconduct". il établit la paternité de MONTAGNIER dans la découverte du virus.

**1993**

Une nouvelle enquête réalisée à la demande de Mikulas Popovic, annule les charges pesant sur l'équipe de GALLO car elle n'apporte pas la preuve de l'intention de tricher.

**1994**

Le 11 juillet, réaménagement de l'accord de 1987 qui augmente la part des royalties touchée par l'Institut Pasteur.

**\* L'affaire du sang contaminé**

L'utilisation entre 1984 et 1985 de sang contaminé par le virus du SIDA pour le traitement des hémophiles est à l'origine de cette affaire qui a abouti à la démission de Michel GARETTA, directeur du CNTS (Centre National de Transfusion Sanguine) le 3 Juin 1991, puis à sa condamnation.

L'hémophilie est une maladie héréditaire provoquée par l'absence de facteurs coagulants qui se trouvent normalement dans le sang. Le traitement le plus courant consiste en injections répétées de facteurs concentrés qui proviennent de pools de centaines ou de milliers de donneurs.

En 1984, le virus du SIDA est isolé depuis un an déjà par l'équipe

pasteurienne. Mais dès 1982 les médecins du CNTS savent que le SIDA est transmis par voie sanguine ou sexuelle. Dès lors il est logique de comprendre que les hémophiles sont particulièrement exposés au risque de contamination. Mais dès 1984 un espoir apparaît : une technique de chauffage qui suffit à inactiver le virus HIV dans les concentrés destinés aux hémophiles. En Octobre 1984, le centre de contrôle des maladies d'Atlanta (CDC : Center for Disease Control) recommande l'utilisation de cette technique à l'ensemble de la communauté scientifique internationale. Rapidement plusieurs laboratoires étrangers qui maîtrisent cette technique sollicitent en France le CNTS qui détient le monopole de toutes les importations de dérivés sanguins. Le CNTS refuse cette nouvelle technique, motif officiel : les produits chauffés ne sont pas assez sûrs. En réalité c'est pour des raisons économiques et financières que le CNTS refuse de mettre sur le marché des produits chauffés avant d'avoir écoulé le stock de produits non chauffés. Les conséquences pour les hémophiles seront terribles.

Ce n'est qu'en Octobre 1985 que le ministère décide de ne plus rembourser les produits non chauffés.

La responsabilité dans l'affaire des hémophiles est multiple : à la fois médicale et politique. Le pays tout entier comprend que certains médecins, sciemment, n'ont pas rempli leur mission première qui est de protéger leurs patients, et que l'appareil exécutif a soutenu, voire même encouragé le corps médical dans son choix de privilégier des équilibres

budgétaires plutôt que la santé public.

Dans cette affaire, le journaliste médical, après investigation, enquête a publié de nombreux articles avec documents à l'appui permettant au grand public de mieux réaliser la tragédie de cette affaire.

### **I-3 - Dérapages de la presse**

Si le journalisme médical a un rôle informateur dont les trois axes sont comme nous l'avons précédemment vu le terrain, la prévention et l'investigation, il est aussi à l'origine de nombreux dérapages entretenant la peur, les fantasmes et la paranoïa autour du SIDA.

En Avril 1985 avec le premier congrès sur le SIDA à Atlanta, apparaît une véritable explosion médiatique avec des dérapages multiples. *“Le SIDA est une corne d'abondance pour les médecins et les médias, tout est spectacle même l'espoir”* (14).

De 1983 à 1985, le discours sur le SIDA, devenu presque exclusivement propriété des médias, se fragmente très vite au gré des interlocuteurs et de leurs nécessités du moment, jusqu'à virer à l'absurde et à l'inepte. Le décalage entre les progrès de la connaissance et la quasi absence de possibilité d'action créent un vide, un espace angoissant que les discours et les fantasmes tentent de combler.

Pour les sociologues Claudine HERZLICH et Janine PIERRET, *“dans une telle atmosphère, il est moins question de la maladie elle-même que des peurs qu’elle déclenche. La dramatisation s’accroît, et les journaux se situent de plus en plus dans le registre d’un méta discours qui porte sur les réactions émotionnelles déclenchées par la maladie”* (15).

Dès le début de l’année 1983, le SIDA est déjà bien connu et expliqué, on en connaît les modes de transmission par voie sanguine et sexuelle. Mais dans la société et dans la presse grand public, ce savoir est toujours plus ou moins occulté par les préjugés que résume bien l’expression “syndrome gay” qu’emploient les journalistes, alors que le sigle SIDA existe.

Le risque de transmission sanguine et sexuelle du virus HIV n’est pas compris dans ses dimensions véritables. L’amalgame culturel : sexe-maladie-punition est redevenu une idée très en vogue, dès les débuts du SIDA, dans les “milieux pensants” mais aussi dans une certaine presse. Or, périodiquement cet amalgame culturel revient dans l’histoire. L’idée d’un châtement divin était déjà présent pour la syphilis. Jacques RUFFIÉ, professeur au collège de France, nous donne l’explication et les origines de cet amalgame dans un très bon article paru dans LE MONDE (16).

*“Aussi loin que remonte l’histoire écrite des peuples de l’Occident méditerranéen, deux interprétations furent données à la maladie. Pour*



La punition de Dieu.  
dessin de Nicolas Vial  
*Le Monde*, 23 octobre 1985

*les égyptiens, elle tenait à un dérèglement entre forces externes et forces internes, qui devaient rester en parfait équilibre chez l'homme sain... Ce mode de pensée fut repris par les grecs et parfaitement explicité par l'école de Cos, dominée par Hippocrate... Dans la Rome impériale, Galien relaie et précise Hippocrate. Après l'effondrement de l'empire Occident, les arabes seront les seuls à conserver la tradition hippocratique en l'améliorant; ils la transmettront à l'Europe. Celle-ci ne reprendra vraiment son essor médical qu'au cours du dix-neuvième siècle. Elle avait été jusque là, héritière du second courant de pensée d'origine sumérienne, qui faisait de la maladie une punition des dieux.*

*Cette vision sera reprise par le christianisme, par l'intermédiaire de la médecine talmudique, que, d'ailleurs, il aggravera. Le principe en est simple. Dieu est tout-puissant mais juste. Il châtie les coupables en leur envoyant toutes sortes de maux... Pendant vingt siècles ou presque, lors de toutes les catastrophes, on recherchera les coupables...*

*Le péché essentiel, celui qui déclenche le plus la malédiction divine, est lié à la sexualité... Le christianisme est en matière sexuelle, infiniment plus sévère que la mythologie gréco-latine et que le judaïsme. Pour le chrétien l'acte de chair n'est permis que dans le but de perpétuer l'espèce. Toute recherche du plaisir est coupable...*

*Périodiquement dans l'histoire, cet amalgame culturel, ce sexe-maladie-punition, revient comme un refrain lancinant. Cela a été le cas pour la syphilis. On en voit un exemple frappant en ce moment même avec le SIDA... Le SIDA atteint homosexuels et drogués car ils ont*

*péché contre la morale, la religion, l'ordre établi. Les sodomites, comme les drogués, sont des coupables : il est normal qu'ils soient punis. Les hétérosexuels se donnent ainsi bonne conscience à peu de frais et se sécurisent en croyant à tort, ne courir aucun risque”.*

L'année 85 a été l'année des dérapages de la presse. À cette époque la couverture médiatique du SIDA se caractérise par une approche souvent sensationnelle, fondée entre autres, sur les peurs et les fantasmes que les voies de transmission du virus ne peuvent que développer pour peu qu'on les exploite.

Ainsi, le champ sémantique de la peur est largement exploité en 1985. Les mots tels que fléau, apocalypse, inquiétude, crainte, phobie, angoisse, paranoïa... sont utilisés pour, selon les journalistes décrire la situation telle qu'elle existe, pour alimenter la peur dans le grand public et donc faire vendre du papier, selon les détracteurs des masse-médias.

Ces débordements sont surtout constatés dans les titres des éditoriaux. En effet il existe souvent un décalage entre le contenu des articles qui se veut rassurant, et les titres trop souvent racoleurs. Des mots impropres tels que “cancer”, “syphilis”, “peste” sont employés pour désigner le SIDA. Le SIDA a donc été identifié à toutes ces affections qui, chacune, ont eu à un moment ou à un autre de l'histoire, valeur de métaphore.

# SIDA

## Les marchands de trouille

«SIDA: un spécialiste lance un cri d'alarme!» Ce titre énorme barrait la Une de *France-Soir*, il y a quelques jours. Rien, dans l'article qui suivait, ne justifiait ce tonitruant coup de sirène. Peu importe. Il s'agissait surtout de vendre du papier et, au-delà, de faire souffler un vent de panique pour gonfler des voiles propices...

La psychose du SIDA, en effet, est hautement utilisable. Elle réveille des hantises moyenâgeuses, elle est petite-fille des lèpres et autres pestes noires qui frappaient jadis les peuples en punition de leurs péchés. Repentez-vous, Français! Vous payez le prix des libertés diaboliques qui bafouent la bonne vieille moralité. Faites la chasse, en vous-mêmes et de préférence chez les autres, à l'impureté, à la différence, à l'étrangeté; soyez conformes, bannissez les démons, et le fléau battra en retraite.

Il n'y a pas de hasard. Les coupables à isoler et à marquer, pourquoi pas à éliminer, ce sont les fornicateurs, les homosexuels, les sodomites, les corrupteurs de la famille française où Satan ne saurait s'installer spontanément. Et tenez, comme jadis les pestes, ce virus-là vient d'ailleurs, de là où les hommes sont vicieux par nature et volontiers basanés.

Non, les marchands de trouille ne courent pas forcément après l'argent. Ils se font payer en espèces plus insidieuses,

et leur démagogie va si fort dans le sens du fil qu'ils trouvent des appuis inattendus.

Certains médias, la télévision en particulier, se sont efforcés de calmer le jeu et, avec sérénité, de mettre en garde le public contre la redoutable maladie. D'autres, plus ou moins délibérément, ont versé de l'huile sur le feu. Toutes ces Unes sur le SIDA ne sont pas blanc-bleu.

Les autorités médicales elles-mêmes sont bousculées par la tempête. Quand le fameux Pr Marté affirme catégoriquement, contre l'avis de ses confrères, que 20 % des cancers sont transmis sexuellement et que la pilule est néfaste, il aide les loups à hurler.

L'Ordre des médecins vient de réagir très fermement contre les marchands de trouille. Il s'affirme inquiet «face aux réactions de panique jusque dans les milieux médicaux» et devant les «gesticulations moralisantes de certains croisés d'outre-Atlantique». Pas qu'outre-Atlantique...

Il n'est pas question de minimiser un seul instant le danger du nouveau virus mais d'y faire face en hommes responsables, sans chercher de boucs émissaires.

Le SIDA fera en France une centaine de victimes cette année et le cancer cent vingt mille. «L'Événement du jeudi» a voulu extirper Satan d'une maladie qui, hélas! est bien de ce monde.

Jean-François HELD

**DELITS DE PRESSE EN 1985**

**“SIDA : les savants lancent le sprint contre le fléau de Dieu”**

*L'Événement du Jeudi* (25 avril 1985)

**“L'ombre de sodomie : la peur transmise par les médias”**

*La Croix* (26 juillet 1985)

**“Dépistage du SIDA : les centres de transfusion, ports de l'angoisse”**

*Libération* (21 juin 1985)

**“Sida la nouvelle peste”**

*Le Nouvel Observateur* (26 avril 1985)

**“La sidaparano”**

*Le Matin* (12 décembre 1985)

**“SIDA : la psychose.”**

*La Croix* (13 septembre 1985)

**“Contaminés... par la peur du SIDA”**

*Libération* (23 août 1985)

**“La contagion et la peur”**

*Le Monde* (13 septembre 1985)

## **“Effet de titre”**

**“Les homosexuels punis par le cancer, une seule prophylaxie pour éviter le mal : l'hétérosexualité”**  
*Le Quotidien de Paris* (2 Février 1982)

**“cancer gay, la contagion par le sang”**  
*Libération* (17 Mai 1983)

**“Alerte au sang”**  
*La Croix* (20 Mai 1983)

**“Oui, le virus est dans la salive...”**  
*Le Nouvel Observateur* (18 Mars 1988)

**“Les insectes africains sont contaminés par le virus du SIDA”**  
*Le Monde* (26 Août 1986)

**“Des hémophiles indemnisés à sang pour sang”**  
*Libération* (6 Juin 1988)

**“Le SIDA pour nos péchés ?”**  
*L'Événement du Jeudi* (16 Avril 1987)

**“Transfusion : la roulette russe”**  
*Le Nouvel Observateur* (18 Mars 1988)

**“L'épidémie est enrayée”**  
*L'Express* (31 Mars 1989)

**“Un contraceptif tue le virus du SIDA”**  
*Le Monde* (7 février 1987)

**“Dans trois ans le SIDA fera plus de morts en France que les accidents de la route”**  
*Le Monde* ( 4 novembre 1988)

La presse a également véhiculé de nombreuses spéculations faites sur les modes de transmission du virus HIV. Même si les chercheurs, les médecins sont unanimes sur les voies de transmission sexuelle et sanguine, de nombreuses idées sont émises quant à la possibilité de transmission virale lors des contacts usuels de la vie professionnelle, domestique, sociale : transmission par la salive, les larmes, les urines, les moustiques, les chats.

La presse est très habile pour jeter le trouble dans l'esprit du public, ainsi peut-on lire dans le NOUVEL OBSERVATEUR : "*oui le SIDA est dans la salive*" (17). Et dans VSD de Juillet 1988 : "*SIDA, les chats aussi*" (18). Cela entraîne un vent de panique chez les propriétaires de ces animaux. En fait, il s'agit de leucose féline et non du SIDA. Le rétrovirus qui contamine le chat et entraîne la leucose est différent du HIV et ne peut pas être transmis à l'homme.

La rédactrice en chef de VSD ne cache pas ses intentions : "*en Juillet l'information n'est pas très riche, si nous avions titré "leucose", nous n'aurions rien vendu, tandis qu'avec le mot SIDA, ça marche*" (19). Ainsi le marché de l'angoisse se porte bien, plus le virus est compris, plus l'hystérie collective se propage.

Parallèlement les journaux évoquent aussi la peur des autres. Évidemment, en parlant de la peur des autres, le journaliste attire le lecteur, mais il entraîne aussi un sentiment de crainte chez lui : ce n'est plus de l'information utile. Le journaliste médical cite dans ses articles

des exemples de faits divers survenant à l'étranger : les pompiers britanniques refusent de pratiquer le bouche à bouche; en Angleterre les juges ont la faculté d'ordonner l'hospitalisation d'office.... Les journaux évoquent aussi la peur qui gagne le personnel hospitalier, le personnel pénitentiaire, la peur à l'école. La peur gagne les gardiens de prison qui demandent "*l'isolement des détenus séropositifs, des masques, gants, blouses pour la protection du personnel, pénitentiaire, et un dépistage systématique de tous les prisonniers*" (20).

#### **I-4 - Presse et médecins**

Les médecins ont une mauvaise opinion de la "presse grand public" en matière d'information médicale. Ils jugent globalement négative l'influence de la vulgarisation médicale et estiment que celle-ci a des répercussions sur la relation médecin-malade. Alors que peut apporter la presse au corps médical?

Pour le spécialiste de l'infection HIV, la "presse généraliste" est devenue un lieu d'expression indispensable qui lui permet de sensibiliser un maximum de personnes, de lancer un message préventif, de demander des moyens supplémentaires, et d'acquérir parfois une certaine notoriété. Bien sur, il doit se méfier de cette presse qui travaille dans l'instant et qui peut devenir le miroir de ses tâtonnements et de ses

erreurs.

Pour le médecin généraliste, la rubrique médicale de la “presse grand public” est devenue également nécessaire. En effet il a au moins deux bonnes raisons de lire la presse. D’une part les journaux d’information générale sont un support pour sa pratique quotidienne. Ils ont leur place à côté de la presse spécialisée, de l’avis d’un confrère spécialiste, de la formation médicale continue. Bien entendu, il trouvera plus précisément dans ces autres modes d’information les données purement scientifiques, biologiques, thérapeutiques touchant au SIDA. La “presse grand public” lui apporte en revanche plus d’informations sur les aspects sociaux, éthiques, psychologiques du SIDA. Or le médecin peut-il soigner son patient en ne possédant que des connaissances scientifiques? Il va de soi que non. D’autre part, les patients lisent les rubriques médicales des journaux et y font référence au cours de la consultation. N’oublions pas que bien souvent les patients infectés par le VIH sont d’âge jeune, s’impliquent fortement dans tous les aspects du SIDA, et sont friands des dernières informations scientifiques. Le médecin a donc tout intérêt à connaître ce que lisent ses patients, cela impose au praticien non pas de tout lire, mais d’avoir un bruit de fond de ce qui se dit et s’écrit.

Ce qui est vrai pour l’infection par le VIH l’est pour toute autre pathologie. En effet nous ne pouvons ignorer la forte médiatisation qui a

lieu actuellement dans le domaine de la santé. Les patients en général, quelque soit leur pathologie sont de plus en plus avides d'information, s'impliquent de plus en plus dans le système de soin, et recherchent par dessus tout une efficacité du corps médical.

Le médecin doit pouvoir critiquer l'information avec son patient. Un patient et un médecin bien informés ne peuvent qu'améliorer leur relation.

## **II - ROLE DES ASSOCIATIONS**

L'émergence des formes associatives inédites autour du SIDA modifie en profondeur le rapport social et culturel à la maladie.

Avec l'irruption du SIDA, de nouvelles associations se constituent aussi bien avec des personnes atteintes du VIH qu'avec des professionnels afin d'interpeller l'ensemble du corps social. Avant tout le monde, ces associations, conscientes du défi que leur lance le SIDA, élaborent un savoir et diffusent une information sur cette maladie. Leur action va dépasser la simple défense des intérêts du malade pour influencer en profondeur sur l'abord de la maladie en général et sur la politique de santé publique.

En 1983, on recense en France à peine plus de vingt cas d'une maladie qui s'appellera plus tard SIDA. Les pouvoirs publics ne s'alarment point, se contentant de vagues recommandations visant le personnel soignant. L'opinion publique ne se mobilise pas, ne voyant là qu'un "accident" qui ne touche pense-t-elle que les homosexuels, accident qui va durer ce que dure le SIDA.

Partout les associations de lutte contre le SIDA ont été créées par le virus lui-même : par des personnes atteintes physiquement et/ou affectivement.

Les associations de première génération (AIDES, ARCAT-SIDA, APARTS) recrutent essentiellement parmi les homosexuels masculins qui représentent environ 80 % des volontaires dans les premières années. C'est seulement à partir de 1987 que davantage de femmes commencent à rejoindre les associations anti-SIDA. Concentrés dans la classe d'âge de 25 à 45 ans, les cadres supérieurs, les professions intellectuelles ou artistiques sont particulièrement majoritaires dans ces associations de lutte contre le SIDA. Seul ACT UP a un recrutement plus jeune et de milieux plus modestes. Les autres associations humanitaires, en comparaison, ont généralement un recrutement équilibré moitié hommes, moitié femmes, et la moyenne d'âge est plus élevée.

L'autre caractéristique de ces organismes de lutte contre le SIDA est que les médecins, les psychologues, et les professions intermédiaires

de la santé sont largement présents. Si la sur-représentation masculine homosexuelle est assez représentative des premières catégories touchées par l'épidémie, d'autres populations exposées telles les hémophiles, les polytransfusés, les toxicomanes ne figurent guère dans ces associations. En effet les consommateurs de drogues intra veineuses cherchent des services plutôt qu'un engagement personnel. Les hémophiles et les polytransfusés disposent de structures associatives propres nées bien avant le SIDA.

Du fait de l'importance du militantisme des personnes atteintes, les associations symbolisent une transformation importante : celle de l'assistanat en mouvement d'autosupport.

Le paysage associatif, de plus en plus fourni est source de concurrence et de conflits pour les questions de visibilité, de représentativité et de reconnaissance officielle dont l'enjeu est la distribution des ressources. Ceci a surtout été vrai durant les années où le SIDA a connu une surmédiation.

Les liens entre monde politique et monde associatif en France sont radicalement différents de ceux existants en Allemagne, dans les pays scandinaves, en Suisse, aux Pays-Bas, en Autriche. Dans ces pays, les associations vivent essentiellement de subventions publiques qui fournissent 90 % de leur budget. La professionnalisation et l'embauche de salariés y ont été plus rapides qu'en France. Aux Etats-Unis au contraire, les associations doivent recourir à une multiplicité de

ressources : fondations, dons individuels, collectivités locales, sponsoring d'entreprises. La France représente un cas intermédiaire avec des subventions partiellement publiques et partiellement privées. Une inégalité entre les associations est donc quasi inévitable. AIDES et ARCAT qui bénéficient majoritairement des subventions de l'état, tout en collaborant avec l'AFLS (Agence Française de Lutte contre le SIDA), l'ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le SIDA), et le ministère de la santé, revendiquent néanmoins leur liberté d'action et leur originalité. Ainsi à l'analyse du sociologue Michaël POLLAK qui dit que l'association "*AIDES s'est peu à peu orientée vers un rôle complémentaire de celui des pouvoirs publics, rôle qu'elle n'avait pas voulu au départ*" (21), Daniel DEFERT réplique que son association fonctionne toujours avant tout comme un laboratoire promoteur d'idées et d'initiatives. À ARCAT, on préfère parler de partenariat critique. Didier LESTRADE au nom d'ACT-UP exprime un sentiment d'exclusion face à la mise en place par l'état d'un "sida business" qui dit-il "*privilège AIDES et ARCAT pour désorganiser la communauté SIDA*" (22).

Outre le conflit sur la distribution des subventions, éclatent des controverses sur le bien fondé de la stratégie de communication :

- A t-on eu raison d'accorder autant d'importance à la dédramatisation?
- Peut-on continuer à exclure la peur au nombre des motivations à

changer de comportement?

- La stratégie de vente de préservatif est-elle efficace?
- N'est-ce pas la preuve d'un échec terrible quand les jeunes classes d'âge continuent d'entrer dans la séropositivité alors qu'elles sont depuis le début la cible privilégiée des campagnes de prévention de l'AFLS?
- *“Comment ces jeunes peuvent-ils réaliser qu'ils risquent gros quand ils voient les images aseptisées des publicités SIDA? Pour ne pas dramatiser le problème, l'AFLS vend le SIDA comme du chewing-gum, est-ce bien vu? La réalité prouve le contraire”*  
(23).

Le champ associatif est extrêmement diversifié. Malgré les conflits qui les opposent il persiste néanmoins un dénominateur commun qui est la lutte contre le SIDA basée sur l'information et la prévention.

Chaque association née à partir d'une idée, d'une motivation personnelle et originale, s'est définie une trajectoire précise que nous allons essayer de définir. Nous ne parlerons que des toutes premières associations et des hommes qui les ont fondées, car depuis des changements sont intervenus concernant la présidence de ces associations, mais les stratégies de lutte de chacune d'entre elles sont demeurées quasi inchangées.

Le docteur Patrice MEYER fonde en Août 1983 l'association VLS

(Vaincre Le SIDA) avec deux autres médecins, deux journalistes et un juriste.

Trois secteurs d'intervention sont alors définis : information-prévention, assistance-solidarité, et soutien à la recherche. Ils ouvrent une permanence téléphonique à Paris. Des médecins appellent en quête d'informations tandis que le public s'inquiète des modes de transmission.

VLS tout en évoluant vers le professionnalisme (ses intervenants sont salariés) est resté de structure modeste, choisissant de privilégier des domaines d'intervention précis. Ainsi en 1988, elle met en place un service de soins à domicile qui est maintenant étendu à tout Paris. Il s'adresse aux patients en perte d'autonomie, mais n'ayant pas forcément besoin de soins très lourds. Grâce aux visites d'infirmières, d'auxiliaires de vie, et d'aides soignantes, ces malades peuvent rester chez eux. Ceci représente une véritable bouée de sauvetage psychologique pour des personnes qui n'ont pas besoin d'être hospitalisées mais pourraient s'y retrouver contraintes, fautes de ces aides régulières.

L'association AIDES (jeu de mots sur "AIDS" qui signifie SIDA en anglais, et le verbe aider) est fondée par Daniel DEFERT en 1984. AIDES a fait l'objet de nombreux articles car c'est l'une des toutes premières associations en France mais aussi l'une des plus connues parmi le public (24) (25) (26). Il existe plusieurs antennes régionales

d'AIDES en France.

Cette association-symbole organise en l'espace de quelques mois les bases de leur mouvement : un mode de communication directe avec les groupes ciblés, la prise en charge d'un problème de santé publique sans passer par les pouvoirs publics.

L'association s'appuie uniquement sur des bénévoles et organise tout un réseau d'aide matérielle et psychologique. Leur motivation est la proximité avec la maladie, ils cherchent l'efficacité, le concret. AIDES se bat sur tous les fronts, réclamant très tôt la vente libre des seringues, la levée de l'interdit de publicité pour les préservatifs, tirant la sonnette d'alarme à propos des dons du sang en 1985, et militant pour un rapprochement "médecine de ville-médecine hospitalière". L'association s'organise en plusieurs secteurs originaux : groupe d'accueil, de soutien, groupes de deuil, collectif juridique et social, groupe de paroles, de loisirs, suivi personnalisé des malades. Récemment AIDES a ouvert un centre, "ARC-EN-CIEL", centre d'écoute et de soutien.

ARCAT-SIDA est créée en 1985, c'est une association qui regroupe des malades, des non malades, des séropositifs, des cliniciens, des psychologues, des journalistes, des juristes, des homosexuels, des hétérosexuels. Leur but initial est de recueillir des fonds pour la recherche clinique.

En 1987, le Docteur Jean-Florian METTETAL et le journaliste Frédéric EDELMANN co-fondateurs de AIDES rejoignent au terme

d'un conflit ARCAT SIDA. Ils vont lui donner un nouvel élan en créant, en 1988, Le Journal du SIDA et en apportant à l'association de nouveaux horizons. Leur but est de mettre en place des structures et des dispositifs pour répondre aux attentes en terme de prévention, de prise en charge et de traitement du SIDA.

ARCAT est composée à la fois de bénévoles et de salariés, elle se positionne par rapport aux relais professionnels auxquels elle a décidé de s'adresser en priorité. Ainsi elle fait sans cesse pression sur le système sanitaire et social, elle forme des professionnels pour mieux répondre aux attentes des malades, elle prend l'initiative de la réalisation d'un répertoire des essais thérapeutiques et joue le rôle d'expert sur un certain nombre de dossiers en participant par exemple à la rédaction du rapport DORMONT qui précise les règles de prise en charge des personnes séropositives.

En Août 1986, est créée APARTS présidée par Jean JAVANNI. Cette association a l'idée de mettre en place un appartement relais pour les malades, à la fois thérapeutique et social.

Un gala est alors organisé sur le thème de la solidarité avec Térésa BERGANZA, ce gala intitulé "un dimanche à l'opéra" permet de recueillir 350 000 francs permettant de concrétiser le projet en trouvant le complément financier nécessaire.

Il existe environ 46 appartements thérapeutiques répartis sur la France (27). Le coût journalier revient à environ 500 francs par malade,

contre plus de 2000 francs à l'hôpital. Chaque pensionnaire paie en fonction de ses ressources. La durée de l'hébergement varie entre quatre à six mois pendant lesquels est offert un soutien physique, psychologique, administratif ou juridique. L'association a mis en place des stages de réinsertion, pris en charge par le ministère du travail, qui remettent les pensionnaires sur les rails d'une vie active.

En 1989, Didier LESTRADE, journaliste, fonde ACT UP sur le modèle de l'ACT UP américain c'est-à-dire une association basée sur des démonstrations-spectacles (28). ACT UP développe dès le départ une stratégie de rupture, de violence : *“notre objectif principal est la protestation, la colère, nous sommes pour un activisme radical, nous sommes lourds de haine”* (22).

Cette association rend responsables les pouvoirs publics des carences et des retards constatés depuis le début de l'épidémie et le slogan d'ACT UP : “silence = mort” s'applique à l'individu et au collectif. En effet ne pas dire sa propre séropositivité est considéré comme un acte de repli et d'abandon de soi-même, un début de mort sociale, avant la mort physique. Ne pas s'engager, ne pas militer revient collectivement à accepter la disparition et la mort. C'est pour cette raison qu'ACT UP accorde une grande place à la médiatisation qui pour elle est la garantie qu'un problème devienne visible.

Dans presque toutes les associations de lutte contre le SIDA, dévoiler son homosexualité et sa séropositivité est réservé à la seule

appréciation de la personne concernée. Si elle ne fait pas délibérément ce choix, la discrétion est de rigueur et la liberté individuelle est respectée. À l'opposé, ACT UP a voté le principe du "outing", à savoir la dénonciation publique de l'homosexualité ou de la séropositivité d'une personnalité jugée hostile ou hypocrite dans la lutte contre le SIDA.

ACT UP organise des "sit-in" dans la rue, corps couverts de peinture rouge, des "piquetings" (défilés avec sifflements devant le ministère de la santé), des "zaps" (manifestations surprises). "*Finie la politesse, il faut harceler les gens*" explique Didier LESTRADE dont l'objectif principal est la protestation, la colère, "*se faire reconnaître et accepter dans son identité de malade ou de séropositif, exprimer sa terreur et son désarroi devant la maladie*" (22). Le président d'ACT UP n'est plus Didier LESTRADE aujourd'hui, mais les grandes lignes du mouvement n'ont pas changé.

De nos jours le champ associatif spécialisé dans la lutte contre le SIDA est extrêmement diversifié en France. Outre les associations dont nous venons de faire l'exposé, d'autres ont vu le jour. Chaque association travaille selon sa propre logique stratégique et selon ses propres réflexions.

Pour toutes ces associations se pose aujourd'hui le problème de devoir justifier leur raison d'être, à l'heure où la digestion sociale du phénomène SIDA risque de nous faire oublier quelque peu tout ce que nous leur devons.

Seize ans après l'apparition du SIDA, malgré les progrès thérapeutiques, les personnes atteintes vivent toujours en état d'urgence, dans la confrontation permanente avec des échéances angoissantes. *“Le SIDA est certes une maladie inexorable mais elle n'est pas foudroyante, c'est une maladie à paliers, un très long escalier qui mène assurément à la mort mais dont chaque marche représente un apprentissage sans pareil, c'est une maladie qui donne le temps de mourir et qui donne à la mort le temps de vivre...”* (29). Depuis près de deux ans grâce aux nouveaux traitements la maladie a pris un nouveau visage. La multithérapie a permis à beaucoup d'échapper à une mort rapide. Mais *“retourner à la vie quand on a fait le chemin vers la mort, c'est dur. Trouver la motivation nécessaire à la prise des traitements extrêmement contraignants, aux effets secondaires dévastateurs et dont l'efficacité à long terme est incertaine, c'est difficile à vivre. Retrouver sa place dans l'environnement social, familial et personnel lorsque le SIDA suscite encore tant de discriminations c'est compliqué. C'est pour toutes ces raisons que les personnes vivant avec le VIH et les proches qui les aiment ont encore et toujours besoin d'être soutenues”* (30).

Ainsi les associations se doivent d'exister encore pour soutenir, informer, en s'adaptant aux nouvelles réalités du SIDA. C'est pour toutes ces raisons que l'association ENTR' AIDSIDA Limousin a été créée en Novembre 1997 par Pascal AUBRY SAINTONGE. *“Une action de terrain rapide et efficace, un soutien approprié et chaleureux, une information claire et pratique directement tournée vers les besoins*

*des malades et de leurs proches*” (30) tels sont les axes prioritaires de cette toute nouvelle association.

### **III - ROLE DES POUVOIRS PUBLICS**

Les mesures prises par les pouvoirs publics afin de lutter contre le SIDA sont tardives par rapport aux associations qui ont été les premières à se mobiliser. Pourtant, le caractère épidémique du SIDA aurait dû convaincre les pouvoirs publics de l'importance de ce problème de santé publique et de la gravité de cette maladie.

Les responsables publics ont longtemps occulté la réalité du SIDA en refusant d'admettre que l'infection par le VIH est un problème de société. Cette situation s'est traduite par une sorte de paralysie des pouvoirs publics, laissant ainsi le champ libre aux mouvements associatifs dont l'action a précédé la leur de plusieurs mois ou années.

Les modes de transmission du VIH sont connus depuis la fin de l'année 1982, or il aura fallu attendre 1987 pour voir enfin se dessiner un plan de lutte. Nous faisons ici un bref récapitulatif des principales décisions gouvernementales :

**20 juin 1983** : la Direction Générale de la Santé envoie un circulaire à tous les CTS (Centre de Transfusion Sanguine) pour mettre en garde les médecins contre le risque de contamination du sang par le VIH et pour

exclure du don du sang les personnes ayant un comportement à risque.

**23 juillet 1985** : arrêté ministériel pour l'arrêt de la distribution des produits non chauffés à partir d'octobre 85 et dépistage systématique des dons du sang.

**1987** : l'infection par le VIH devient une infection à déclaration obligatoire et est inscrite sur la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique coûteuse.

**27 janvier 1987** : loi autorisant la publicité sur les préservatifs en tant que mode de prophylaxie.

**16 avril 1987** : circulaire pour la création des CISIDH (Centre d'informations et de soins de l'immuno-déficiência humaine).

**16 mai 1987** : décret autorisant la vente libre des seringues en pharmacie pendant un an.

**28 juillet 1987** : loi pour la création des centres de dépistage anonyme et gratuit. Le premier centre est inauguré le 28 mars 1988.

**29 octobre 1987** : circulaire interdisant la pratique des tests de dépistage du VIH à l'insu des patients.

**23 novembre 1987** : obligation de la norme NF pour les préservatifs suite à une polémique sur leur fiabilité.

**1988** : reconduction de la vente libre des seringues.

**19 avril 1988** : deux circulaires concernant le monde carcéral : pour inciter un dépistage systématiquement proposé; la distribution de préservatifs par les médecins de prison; pour organiser des consultations spécialisées dans les établissements pénitentiaires.

**1989** : création de différentes structures :

- AFLS (Agence Française de Lutte contre le SIDA) qui s'occupe de l'information du grand public, de la prévention en milieu scolaire et autres milieux.
- ANRS (Agence Nationale de Recherche sur le SIDA).
- CNS (Conseil National du SIDA), ayant un rôle consultatif.

Ces structures complètent les services de l'administration centrale du ministère chargé de la santé : *Division Sida* à la direction générale de la santé; *Mission Sida* à la direction des hôpitaux.

Ces structures sont mises en place à la suite du rapport du Professeur Claude GOT.

**28 juin 1990** : circulaire relative à la prise en charge extra hospitalière des personnes contaminées par le VIH.

**12 juillet 1990** : loi relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap.

**1991** : création du Haut Comité à la Santé Publique avec Le Professeur GOT.

**Janvier 1991** : loi autorisant la publicité pour les modes de contraception et notamment pour le préservatif.

**1 juin 1992 et 23 juillet 1992** : décrets supprimant la participation des assurés aux frais d'examens de laboratoire relatifs au dépistage de l'infection par le VIH.

**26 février 1993** :

- prise en charge à 100 % des séropositifs
- recherche des transfusés par les hôpitaux
- information du patient pour tout acte transfusionnel
- interdiction des collectes de sang dans les prisons
- interdiction du plasma frais congelé qui est remplacé par le plasma à risque atténué.

En résumé ce plan de lutte s'articule autour de cinq axes : la prévention, le dépistage, la recherche, les soins, les implications sociales et éthiques du SIDA.

L'année 1987 marque un tournant dans la mesure où les responsables publics réalisent que le SIDA n'est pas seulement un problème individuel ou de groupe, mais un problème de société qui soulève de nombreux débats portant essentiellement sur le dépistage et la prévention. Ainsi sachant qu'on ne peut pas mener la même politique de prévention pour la population générale et carcérale, pour les toxicomanes à drogues intra veineuses et les prostitués, des structures de lutte très ciblées sont mises en place.

### **III-1 - La population générale**

#### **III-1-1 - Faut-il un dépistage obligatoire et systématique de la population générale?**

Il est admis qu'il faut recourir aux tests de dépistage lors de tous les dons de sang, de sperme, et d'organes.

En 1987, les ministres des affaires étrangères de 21 pays européens ont adopté une déclaration commune précisant qu'aucun dépistage obligatoire, ni pour la population générale, ni pour les groupes particuliers ne doit être menée par les états membres. Entre partisans du dépistage obligatoire systématique et ceux qui y sont opposés, les avis sont partagés. Pour le dépistage obligatoire on retient des personnalités

politiques notamment d'extrême droite mais aussi l'opinion publique. La discorde règne aussi parmi la communauté scientifique. Léon SCHWARTZENBERG déclare être favorable à un dépistage systématique mais non obligatoire, demandant à la population *“d'accepter l'examen de dépistage généralisé mais volontaire”* (31). Plusieurs autres personnalités convergent vers cet avis : Professeur CHERMANN, Professeur GENTILINI. Les pouvoirs publics sont opposés à tout dépistage systématique qu'ils jugent inefficace, coûteux, discriminatoire pour les libertés individuelles. En effet comment rendre obligatoire un test de dépistage dont les résultats risquent de plonger les intéressés dans une sombre perspective?

En Mars 1992 le débat est à nouveau d'actualité lorsque les responsables publics demandent aux autorités et aux associations travaillant dans la lutte contre le VIH un avis sur le type de dépistage à pratiquer en France. Là encore les avis divergent, il y a les partisans du dépistage systématique : l'académie de médecine, le conseil de l'ordre, 80 % des médecins interrogés par un sondage (32). Le comité national d'éthique, le conseil national du SIDA, le comité de santé publique, AIDES, ARCAT-SIDA, Médecin du Monde, y sont opposés.

Quoiqu'il en soit, les responsables ont opté pour un dépistage volontaire, ne pouvant être pratiqué qu'après avoir obtenu le consentement de l'intéressé.

### **III-1-2 - La prévention dans la population générale**

Les campagnes de prévention dans la population générale sont essentiellement basées sur l'information concernant les modes de transmission et l'incitation à l'usage du préservatif.

Ainsi les pouvoirs publics mettent en place des organismes d'information chargés d'inciter la population générale à la prévention en collaborant avec les associations. Sont alors organisées des campagnes d'information et d'éducation à l'école, dans les entreprises, dans les casernes militaires.

Le préservatif dont la publicité était interdite en France jusqu'en 1987 devient l'objet de toutes les attentions. Tous prônent le latex comme un nouveau geste d'amour. La première campagne publicitaire pour le préservatif en France date d'avril 1987. Ces campagnes ont pour but de revaloriser le préservatif et de banaliser son usage. Elles sont axées sur un "spot" télévisé relayé par le cinéma, la presse, la radio. Le ton utilisé est souvent critiqué. En effet les pouvoirs publics veulent des images "clean", un ton "soft" pour ne pas heurter la sensibilité des gens. Certaines associations ainsi que la presse préfèrent les campagnes anglo-saxonnes où la priorité est donnée au réel, à la pratique, à la dramatisation.

Malgré ces efforts, les campagnes ont du mal à modifier les

comportements sexuels des français. L'image du préservatif n'est pas bonne. Les freins à son utilisation sont beaucoup plus liés à des raisons culturelles et subjectives qu'à des raisons dues à des critères économiques. D'ailleurs la campagne sur le préservatif à un franc en 1992 ne fait pas monter considérablement les ventes.

Les réticences se situent à d'autres niveaux : difficultés pour rentrer dans une pharmacie acheter un préservatif, difficultés pour proposer un préservatif à son partenaire, incompatibilité du latex avec la confiance et l'amour, doute sur la fiabilité du préservatif, altérations des sensations. Les médias, par leurs reportages mettent en valeur le rejet du préservatif. Ainsi nous pouvons lire : *"il faut choisir son moment, avant l'heure, c'est pas l'heure, après l'heure, c'est plus l'heure"*; *"l'achat reste très gênant"*; *"un truc visqueux carrément repoussant"*; *"c'est l'amour sous cellophane"*; *"et le sentiment dans tout cela?"* (33) (34).

D'autres questions en découlent : faut-il faciliter la distribution des préservatifs et faut-il le faire dans les lycées? Les collèges?

Certains combattent l'idée d'une politique de prévention uniquement basée sur un débat autour du préservatif. Ainsi le Professeur GOT responsable du rapport qui sert de base au plan anti SIDA gouvernemental de 1989 déclare : *"faute d'un savoir et d'une réflexion, nous naviguons entre le terrorisme sexuel moralisateur et religieux et la promotion simplette d'une gamme de caoutchouc par les publicitaires"* (35).

### **III-2 - La population carcérale**

Comme pour la population générale, les pouvoirs publics ont rejeté l'idée d'un dépistage obligatoire de certaines catégories sociales dont la définition n'est pas médicale (population carcérale, prostituées, toxicomanes, étrangers, tests pré-nuptiaux, tests aux frontières, ...) afin de laisser intacte la liberté individuelle et de ne pas provoquer un phénomène de stigmatisation sur des groupes dits à risque.

On constate une proportion très importante de prisonniers séropositifs et au stade de SIDA maladie; à cela deux raisons : la toxicomanie et les relations homosexuelles. La situation est différente en fonction du type d'établissement pénitentiaire : prévalence très importante dans les maisons d'arrêt des grandes villes où sont détenus des prisonniers condamnés à des courtes peines, essentiellement des toxicomanes et prévalence réduite dans les prisons où les détenus, pour la majorité des non drogués, purgent de longues années d'incarcération.

Les prisonniers séropositifs ou au stade de SIDA maladie font l'objet d'un mouvement de rejet de la part des autres prisonniers et des surveillants. Le personnel pénitentiaire réclame l'isolement des malades et l'utilisation de masques, gants, blouses à usage unique.

L'attentisme des responsables publics est critique devant cette

situation catastrophique, situation pourtant exposée dès 1982. Il faut attendre 1988 pour voir les premières mesures gouvernementales. Deux circulaires sont rédigés en Avril 1988 pour inciter à un dépistage systématiquement proposé, à la distribution de préservatifs par les médecins de prison, pour organiser des soins ciblés dans les établissements pénitentiaires. Mais ces circulaires ne sont pas appliquées, toute action gouvernementale se heurte à une politique d'autruche de l'administration pénitentiaire qui s'obstine à nier l'homosexualité et la toxicomanie dans les prisons.

Ainsi la prévention réalisée dans la population carcérale est quasi inexistante, aussi longtemps que les questions liées à la sexualité des détenus seront ignorées, la plupart des mesures adoptées pour gérer l'épidémie en prison seront inefficaces. Mais l'administration pénitentiaire est-elle prête à accepter de nouvelles méthodes?

### **III-3 - Dans le milieu de la prostitution**

L'association AIDE suisse de lutte contre le SIDA a formé avec des prostituées ou des ex-prostituées un groupe de travail qui a réalisé une brochure d'information sur le SIDA. Il s'agit d'une brochure écrite dans un langage clair et souvent cru, très bien illustrée, destinée à toutes les femmes travaillant dans le commerce du sexe que ce soit

occasionnellement ou professionnellement. Un macaron représentant une superbe jeune femme en tenue de panthère disant "Reviens me voir! Chez moi c'est toujours avec ..." a été distribué sous forme d'autocollant dans des annonces spécialisées, en langue française, allemande, ou italienne. Ainsi les amateurs peuvent facilement identifier les créatures qui participent à la prévention du SIDA.

Hormis les actions menées par des associations bénévoles, il n'y a pas de décision gouvernementale spécifique pour cette profession à haut risque. Le sujet fait l'objet d'un débat qui ne dure que quelques jours, débat lancé par Michèle BARZACH en 1990 (qui n'est plus ministre de la santé à cette époque, mais qui est chargée du dossier social à la Mairie de Paris) en proposant la réouverture des maisons closes pour limiter la progression de la transmission du VIH. Le poids du non est très important. Pour les médecins épidémiologistes, ouvrir les maisons closes ou faire un dépistage systématique serait inutile car il existe plusieurs types de prostitutions et le risque concerne surtout les prostituées occasionnelles, souvent toxicomanes, prêtes à un rapport sans préservatif pour de l'argent. Ces prostituées qui ont un comportement à haut risque ne pourront jamais être contrôlées. De plus les institutions chargées des droits de la femme, de la famille sont opposées à Michèle BARZACH.

Finalement les prostituées professionnelles bénéficient par les pouvoirs publics des campagnes d'informations faites à la population

générale.

### **III-4 - Dans la population toxicomane**

De tous temps l'homme a eu recours aux stupéfiants pour accéder aux plaisirs artificiels. Mais dans le passé on les mâchait, buvait, mangeait, reniflait, ou fumait. L'usage des drogues intra veineuses n'est apparu qu'au milieu du vingtième siècle.

Dans plusieurs pays industrialisés notamment en France, la vente de seringues et des aiguilles médicales fut soumise à des restrictions afin de freiner la diffusion des drogues dures. Difficile de dire si ce but a été atteint.

Quoiqu'il en soit, ces mesures légales ont eu des effets néfastes sur la réutilisation systématique des seringues et par voie de conséquence sur la dissémination du SIDA. L'utilisation des drogues intra veineuses est une voie de propagation non négligeable du VIH. De plus ayant un besoin urgent d'argent pour subvenir à leurs doses quotidiennes et étant rarement capables d'un travail suffisamment bien rémunéré, les toxicomanes s'adonnent souvent à la prostitution. D'autres facteurs interviennent pour exposer les toxicomanes aux ravages du SIDA et en faciliter l'expansion : la vie en groupe, la promiscuité, le partage de tout et tout particulièrement des seringues et

des aiguilles, le mépris du danger.

À l'opposé des homosexuels alertés dès 1983 en France, et très attentifs aux campagnes d'information et de prévention, les toxicomanes sont majoritairement réfractaires aux campagnes d'éducation médicale. Les drogués sont des individus soumis à des problèmes existentiels et sont donc difficilement contrôlables par la communauté médicale. Très souvent l'acte de se droguer est la réalisation d'un désir d'autodestruction. De plus l'action pharmacologique du stupéfiant sur le système nerveux central participe à leur inconscience. *“En se shootant, ils jouent avec leur vie et ils se moquent de celle des autres”* (36).

Les mesures prises par les pouvoirs publics pour combattre la transmission de l'infection par le VIH dans le milieu de la toxicomanie sont tardives.

La politique de prévention commence en 1987 avec la vente libre de seringues en pharmacie.

Il faut attendre 1988 pour voir la première étude sur la transmission du VIH, en milieu de toxicomanie (étude INGOLD). Il faut dire que toute politique de prévention chez les toxicomanes se heurte à la loi de 1970 qui réprime le trafic mais aussi l'usage de la drogue. En comparaison avec certains pays européens la France est en retard. Des pays qui avaient ou non une législation plus souple sur les stupéfiants, ont su mettre en place une politique de lutte contre la transmission du VIH chez les toxicomanes beaucoup plus tôt et une politique sur le

terrain (Amsterdam, Zurich, Liverpool, ...). Toutes ces mesures ont permis de contenir la transmission du VIH sans pour autant augmenter la toxicomanie. Depuis 1988 la vente libre de seringues fait l'unanimité en France.

En 1992 des programmes de substitution se proposent de donner de la méthadone à des toxicomanes de manière très contrôlée ce qui permettrait de limiter la transmission du VIH dans ce milieu mais aussi certains risques liés aux drogues sur le marché comme l'overdose. Une controverse naît entre les partisans et les adversaires de la méthadone. Pour les adversaires il faut d'abord combattre la toxicomanie et on ne peut pas inciter une personne à se désintoxiquer en lui donnant une autre drogue. Faut-il dans l'urgence sacrifier la lutte contre la drogue à la lutte contre le SIDA? Les partisans veulent encourager et généraliser une politique de substitution.

Ainsi la politique de prévention dans le milieu de la toxicomanie consiste à la mise en vente libre de seringues afin d'inciter les usagers des drogues intra veineuses à ne pas s'échanger les seringues et à la mise à leur disposition de produits de substitution.

SIDA ET IMPACT  
CULTUREL

Le SIDA est rapidement devenu une source d'inspiration inépuisable pour les artistes. Nombreuses sont les oeuvres témoignant de l'existence de la culture SIDA.

Les artistes comme les intellectuels sont durement touchés par le SIDA au début de l'épidémie. La plupart d'entre eux qui s'expriment par l'intermédiaire de leurs créations sont séropositifs ou au stade de SIDA maladie. Le contenu émotionnel véhiculé par le SIDA influence la création artistique qui le plus souvent a un ton revendicateur, militant, avec une certaine note de virulence et d'agressivité. *“Il se dégage un courant issu de la maladie, inspiré par elle, une sorte d'art-SIDA”* (37).

Cette culture SIDA est née au milieu des années quatre-vingts. Le virus porte en lui les thèmes de l'interdit, de la peur, de l'amour étroitement associé à la mort. Le SIDA inspire à la littérature, au cinéma une grande quantité d'oeuvres abordant ces thèmes. Tout créateur a besoin d'une émotion pour engendrer lui-même de l'émotion. Atteint par le virus, l'artiste est dans l'obligation de créer en état d'urgence, sans aucune retenue, exprimant ses sentiments les plus profonds à l'état brut, *“un créateur a besoin de drame, c'est parce qu'ils ont violé ou sublimé l'interdit que Gide, Montherlant, Visconti, Thomas Mann ou Eisenstein ont été des créateurs”* (38). *“D'un Hervé Guibert doué mais futile, le SIDA en a fait un grand écrivain”, “les Nuits Fauves de Cyril Collard n'aurait été qu'une suite anodine de baisers sans l'omniprésence du virus”* (39).

### Introduction

*Oh ! Le sida, une terrible maladie  
Le sida, un mal qui ne pardonne pas  
Le sida, un mal qui n'épargne personne  
Oh !!! Ce fléau le sida qui laisse impuissante la médecine*

(le lingala a été traduit en français par José Kandot).

### Refrain

*Mets, o maman, le corps ( la santé, la vie) à l'abri de ce danger  
Benda Nzoto  
Moi en tout cas, j'ai mis le corps à l'abri (de ce danger)  
Nga na-bendi nzoto, mama  
Mets y donc le tien  
Benda ya yo  
Moi j'y ai (déjà) mis le mien.  
Nga na-bendi ya ngai  
Le sida, maman, le sida se fiche de l'ethnie (ou de la nation)  
Sida eponi ekolo te, mama  
Le sida, maman, le sida se fiche de la race  
Sida eponi lopo te, mama  
Le sida, maman, le sida se fiche de l'âge  
Sida eponi âge te, mama  
(Alors), chères mamans (femmes, filles), méfiez-vous !  
Ba-mama, eh bokeba e  
(Alors), chers papas (hommes, garçons), méfions-nous ?  
Ba-tata, eh, tokeba e*

### Couplet 1

*Oh maman ! Que dire ?  
Naloba nini, mama  
Que dire, oh maman ?  
Naloba nini, mama  
Le sida a semé la zizanie entre les nations (les nationalités), maman  
Sida ekaboli bikolo, mama  
Le sida m'a privé de ma vie conjugale, maman  
Sida ebomeli nga libala, mama  
Le sida a causé l'éclatement de mon clan  
Sida epanzeli nga fami, mama  
Mes anciens compagnons m'évitent, maman  
Baliaka na ngai bamelaka na ngai  
Bakoma nde kokima nga, mama  
Parce qu'ils disent que j'ai attrapé le sida, maman  
Ba-lobi mpo nga na zwi maladi ya sida*



Le disque de Franco sur le sida.

Ainsi le SIDA qui traîne une longue cohorte de fantasmes, de rumeurs, et de peur sublime l'artiste. Le vide culturel laissé par la disparition de ces jeunes créateurs en pleine force de l'âge et au sommet de leur art est immense.

Indépendamment de la qualité artistique ou esthétique des créations issues du SIDA, l'utilisation de certaines représentations culturelles du SIDA peut aider à l'information et à la sensibilisation du public. Nous allons examiner quelques aspects de cette culture SIDA.

## I - LA CHANSON ET LE SIDA

La chanson représente un moyen remarquable d'informations. Véhiculée par la radio, la télévision, on peut l'entendre dans beaucoup de foyers et de lieux publics. La mondialisation que connaît le marché de la musique aurait pu favoriser la communication sur le SIDA, mais peu de compositeurs se sont intéressés à cette maladie et donc rares sont les interprètes de cette infection.

La chanteuse BARBARA, ainsi que le musicien FRANCO créateur de la rumba zaïroise, ont consacré chacun une chanson sur le SIDA.

## II - SIDA ET CINÉMA

Le cinéma a consacré très peu de films portant sur le SIDA, en comparaison des romans ou des bandes dessinées. En effet les producteurs ne sont pas prêts à prendre des risques financiers alors que le SIDA fait toujours peur au public.

Les premiers films sont des téléfilms américains larmoyants et sans intérêt. Puis apparaissent des films où le SIDA est sous entendu : "Mauvais sang" de Léo CARAX, "Dracula" de Francis COPPOLA, "Merci la vie" de Bertrand BLIER. Avec les films tels que "Les nuits fauves" de Cyril COLLARD, "Philadelphia" de Jonathan DEMME, on voit enfin paraître sur les écrans un cinéma plus réaliste. Certains détracteurs l'accusent d'être provocateur, purement militant avec un scénario inexistant, d'autres, au contraire parlent de films d'une génération.

### II-1 - Merci la vie

Est une comédie française réalisée en 1991 par Bertrand BLIER.

Il s'agit d'une histoire symbolique où deux périodes sont mises en parallèle : l'occupation allemande et le début des années 1990.

L'absurdité du SIDA est comparée à l'absurdité de la guerre, l'exclusion des séropositifs est mise en parallèle à la persécution des juifs. Le SIDA y est suggéré sans jamais être nommé cité. C'est un film étrange qui reflète assez bien le style de Bertrand BLIER.

## **II-2 - Longtime Companion (un compagnon de longue date)**

Est une comédie dramatique américaine réalisée par Norman PIERRE en 1989.

C'est une chronique sur la communauté homosexuelle américaine au début des années quatre-vingts. On suit, de 1981 à 1988, l'histoire d'un petit groupe d'amis homosexuels dont la vie insouciance bascule le jour où NEW-YORK TIMES annonce l'existence d'un mal mystérieux qui s'appellera plus tard SIDA. La terrible maladie frappe sans pitié tour à tour chacun des amis.

## **II-3 - La pudeur ou l'impudeur**

Est un film réalisé et tourné par l'écrivain Hervé GUIBERT.

Mélange entre documentaire et film, Hervé GUIBERT atteint du

SIDA raconte sans détour sa vie quotidienne : séance chez le kinésithérapeute, consultations à l'hôpital, tentative de suicide à la digitaline. Plusieurs chaînes de télévision ont refusé de diffuser ce film par crainte de choquer le public. Il sera finalement diffusé le 30 Janvier 1991 à une heure plus que tardive par TF1.

#### **II-4 - Jeanne et le garçon formidable**

Est le dernier film qui a pour thème le SIDA. Sorti sur les grands écrans très récemment le 29 avril 1998, ce film français d'Olivier DUCASTEL et Jacques MATINEAU avec de jeunes interprètes, Virginie LEDOYEN et Mathieu DEMY, raconte l'histoire d'une jeune fille amoureuse d'un garçon séropositif.

### **III - SIDA ET BANDE DESSINÉE**

La bande dessinée est un mode de communication populaire touchant surtout la jeunesse. Il s'agit d'un moyen d'expression moderne qui reflète bien les modes et les phénomènes culturels. L'attrait de la jeunesse pour les journaux illustrés conduit depuis longtemps les professionnels à s'intéresser à la diffusion, par ce moyen, de messages éducatifs. On se souvient du célèbre slogan "*un verre ça va ... trois*

*verres, bonjour les dégâts*” mis en scène par CABU pour le compte du comité français d’éducation pour la santé.

L’objectif prioritaire de la bande dessinée consacrée au SIDA est de toucher un public jeune et vaste. Il s’agit de transmettre un message simple et ciblé portant sur les risques et la prévention du VIH, de fournir les éléments sur la maladie de façon ludique. Il est difficile pour la bande dessinée de communication de trouver un équilibre satisfaisant entre l’efficacité du propos et celle de l’esthétique. Cependant c’est une forme d’accès à la communication pour des populations peu sensibles aux canaux usuels de l’information médicale.

### **III-1 - Merlot contre MST SIDA (40)**

Est un album réalisé en 1987 par la Mutualité française et l’académie de Grenoble.

Il s’agit d’une histoire racontée à la manière d’un thriller : le détective privé Philippe MERLOT est chargé, par une belle actrice, de retrouver l’homme qui lui a transmis une MST.

Vignette après vignette, sont présentées les différentes MST y compris le SIDA, leurs symptômes et leurs conséquences.

La brochure se clôt sur un appel à utiliser des préservatifs ainsi

que des fiches techniques sur les différentes MST.

### **III-2 - Nicotine Goudron (41)**

YANN et BODARD lancent en 1988 une série résolument contemporaine, intitulée "Nicotine Goudron", du nom de son héroïne punk. De façon caustique et décapante cette BD raconte le quotidien de trois jeunes séropositifs.

### **III-3 - Les aventures du latex (42)**

Il s'agit d'une BD européenne à laquelle ont collaboré une trentaine de dessinateurs (Wolinski, Köning, ...) et destinée à faire du préservatif une donnée culturelle et érotique propre à notre époque.

Cet album présente de façon humoristique et imaginative une trentaine d'histoires sur le thème du préservatif.

### **III-4 - Jo (43)**

Le dessinateur suisse Derib propose dans "Jo" une love story naïve mais émouvante : le lecteur découvre Jo une jeune fille séropositive et la suit jusqu'à sa mort.



## IV - SIDA ET LITTÉRATURE

### IV-1 - À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie

#### Le protocole compassionnel

#### L'homme au chapeau rouge

#### Cytomégalovirus

Ces quatre ouvrages d'Hervé GUIBERT sont ceux qui les premiers ont connu en France un vif succès médiatique et commercial en évoquant le SIDA.

Dans *À l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie* (44), l'écrivain raconte le SIDA puis le décès de son ami philosophe célèbre appelé Muzil. En fait à travers Muzil il nous livre son angoisse face à sa propre infection au VIH et espère, grâce à un ami, recevoir un traitement expérimental prometteur.

*Le protocole compassionnel* (45) nous fait pénétrer dans la vie quotidienne d'Hervé GUIBERT. Il évoque sa vie désormais ballottée entre l'hôpital et ses amis, sa dégradation physique (un homme de 35 ans dans lequel s'est greffé un vieillard), l'espoir que lui procure la DDI un médicament expérimental. Le monde médical qui entoure le SIDA y est détaillé précisément : prises de sang inévitables et quasi quotidiennes,

examens complémentaires vécus comme un calvaire, protocole thérapeutique ou plutôt protocole qualifié de “compassionnel” par les médecins qui le réserve aux malades de la dernière extrémité.

Dans *l'Homme au chapeau rouge* (46), Hervé GUIBERT raconte le SIDA en nous entraînant dans le monde de la peinture et des galeries d'art.

*Cytomégalovirus* (47) : l'écrivain est hospitalisé pour une rétinite à CMV. Il nous fait part de sa souffrance physique et morale, de ses doutes, de ses espoirs, au jour le jour.

Hervé GUIBERT décède le 27 Décembre 1992.

#### **IV-2 - Plus grand que l'amour (48)**

Dominique LAPIERRE raconte l'histoire du SIDA de manière romancée.

#### **IV-3 - Mon SIDA (49)**

Il s'agit d'un livre qui fait suite à un entretien, accordé au journal

LE MONDE par le philosophe Jean-Paul ARON, au cours duquel il déclare publiquement sa maladie.

#### **IV-4 - Corps à corps (50)**

Alain Emmanuel DREUILHE raconte son difficile combat contre le SIDA à la manière d'une guerre, entrecoupée de réflexions plus générales sur la sexualité, la vie, etc ...

#### **V - LE PATCHWORK DES NOMS**

Le patchwork des noms est un assemblage constitué de panneaux textiles dont chacun représente symboliquement une personne morte du SIDA.

Ces panneaux sont assemblés pour former une gigantesque mosaïque appelée patchwork (ou quilt pour les américains). Ces panneaux sont généralement réalisés par l'entourage du malade décédé, ils reflètent la personnalité du défunt et on y retrouve fréquemment des objets personnels, des noms, ou des initiales, des photographies ou des vêtements cousus dans le tissu.

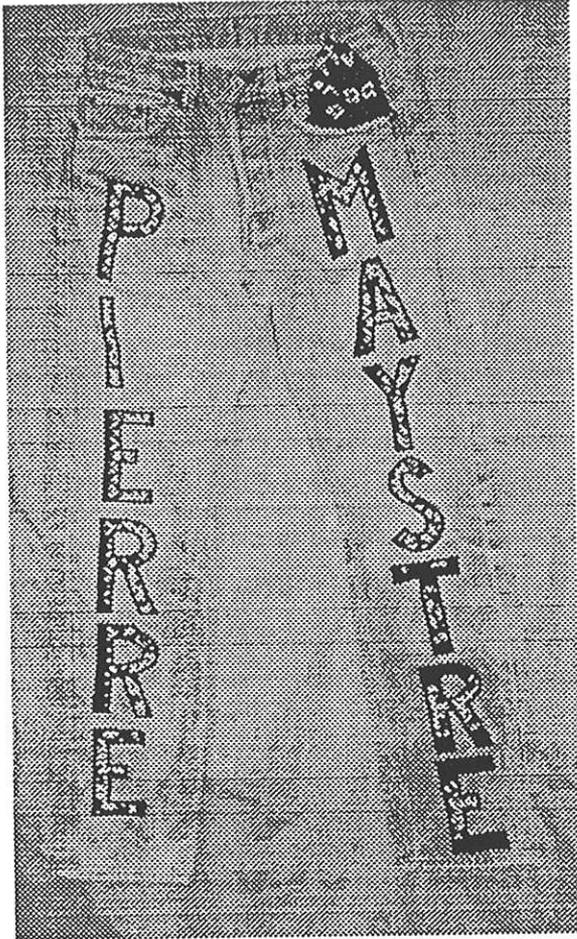
L'idée du patchwork vient de l'américain Cleve JONES journaliste



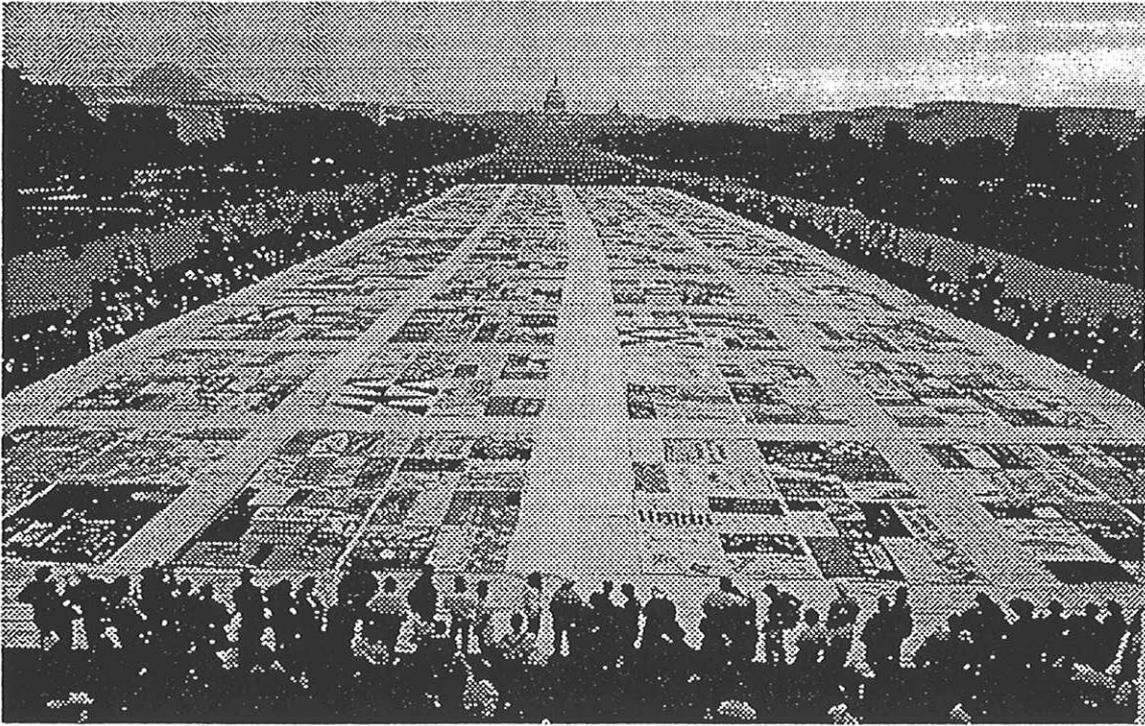
Panneau Français, photographie E.C.À.1990.



Panneau Français, photographie E.C.À. 1990.



Panneau Français, photographie E.C.A. 1990.



Exposition des panneaux du *NAMES project* le 11 octobre 1987. © 1988 by Tom Alleman.

et activiste homosexuel qui a ainsi voulu unir la mémoire des victimes du SIDA.

La première exposition du patchwork a eu lieu à San Francisco le 27 Juin 1987. Très rapidement les associations d'entraide et d'information sur le SIDA en France, en Australie, au Canada, en Suède exposent le quilt lors de manifestations consacrées au SIDA.

L'exposition du patchwork au public a plusieurs objectifs :

- sensibiliser le grand public au problème mondial du SIDA. La vision d'un patchwork crée toujours une vive émotion. Or l'émotion est un bon moyen d'attirer l'attention du public.
- illustrer la réalité et l'ampleur du SIDA, car la vision des dizaines de milliers de panneaux individuels qui composent le patchwork permet une prise de conscience : le SIDA touche des gens comme nous qui ont aimé, qui ont été aimés; chacun des panneaux est aussi unique que la personne qu'il représente.
- permettre à ceux qui ont perdu un être cher d'extérioriser leurs sentiments, d'exprimer pour la personne décédée à la fois le chagrin et l'amour qu'ils ont ressentis.

C'est un moyen d'expression créatif et positif permettant parfois

d'atténuer une angoisse. Les personnes qui se retrouvent autour de la fabrication du patchwork peuvent s'épauler et se soutenir.

La représentation du quilt est toujours gratuite, cependant de nombreux dons sont spontanément récoltés permettant la distribution d'une aide financière à des organisations s'occupant des malades et de leurs familles.

SIDA ET IMPACT  
JURIDIQUE

Pour que le droit soit appliqué et respecté, pour éviter *“l’impuissance de la justice sans la force et la tyrannie de la force sans la justice, il faut donc mettre ensemble la justice et la force et pour cela faire que ce qui est juste soit fort ...”* (51). Cette citation de Blaise PASCAL tente à prouver que le droit et la justice ne font qu’un. Or le droit n’est pas la justice, même s’il s’en réclame. C’est un dosage subtil d’éléments qui relèvent de la politique, de l’économie, de la philosophie, des traditions historiques, sociologiques et des fantasmes, particulièrement forts dans le cas du SIDA.

Le législateur, influencé par les groupes de pression, l’opinion public et par la charge émotionnelle et fantasmagique que véhicule le SIDA, doit tenir compte du système juridique existant et des droits de l’homme afin d’éviter des mesures discriminatoires et abusives, tant dans le droit pénal que dans la législation du travail, deux domaines auxquels nous allons nous intéresser.

## **I - INFECTION PAR LE VIH ET LÉGISLATION DU TRAVAIL**

Le VIH n’est pas sans poser de problèmes en milieu professionnel, deux grands thèmes sont abordés : le dépistage en milieu professionnel et l’exclusion professionnelle pour cause de SIDA maladie ou séropositivité.

En France des exemples de salariés exclus de leur entreprise pour cause de SIDA ou de séropositivité soulèvent un grand débat sur la législation au travail.

Deux affaires sont portées au grand jour par la presse.

“L’affaire HUTIN” est l’histoire d’un instituteur que l’éducation nationale ne veut pas titulariser car il est au stade de SIDA maladie. Didier HUTIN est le premier malade connu dans la fonction publique (52) (53) (54).

La deuxième affaire concerne Marcel DEVILAINÉ un cadre d’une société de relations publiques. Après un arrêt de travail consécutif à sa maladie, celui-ci n’est pas réintégré dans son entreprise, malgré l’avis favorable du médecin du travail et du professeur Willy ROZENBAUM spécialiste reconnu du SIDA et qui le suit personnellement. Son état de santé fait même l’objet d’une note de service affichée dans l’entreprise à l’intention de tout le personnel (55) (56).

Ces exemples de discrimination soulèvent de nombreuses questions dans le cadre du VIH dans le milieu professionnel :

- Faut-il un dépistage systématique pour le personnel de santé à cause du risque de contamination?
- Faut-il un dépistage de certaines professions à haute responsabilité comme pilote de ligne ou conducteur de train du fait notamment des complications neurologiques précoces liées au

VIH?

- Une entreprise a-t-elle le droit de demander un test de dépistage à l'embauche d'un salarié?
- Un dépistage régulier des salariés est-il nécessaire pour des entreprises implantées à l'étranger?
- A-t-on le droit de réaliser des tests clandestins à l'insu de l'employé?

LIBÉRATION consacre un dossier complet dans son numéro daté du 11 mars 1988 sur le thème "*Sida et milieu professionnel*" (57) (58) (59) (60). Pour les spécialistes, le débat portant sur le SIDA dans le milieu professionnel n'a pourtant pas lieu d'être. En effet, il n'y a pas de transmission du VIH dans la vie professionnelle (sauf dans la carrière de la santé), comme pour les autres maladies, il ne doit pas y avoir de rupture du secret médical. Les seuls problèmes posés par l'infection par le VIH sont ceux posés par toute maladie de longue durée : absentéisme et rentabilité qui conduisent au licenciement.

Actuellement la loi permet le licenciement d'un malade (quelle que soit sa pathologie) lorsque son absence perturbe le fonctionnement de l'entreprise et après un délai variant de six mois à deux ans. Cependant certaines lois ont été établies pour protéger les malades. Ainsi la loi du 31 Décembre 1992 a introduit un principe général de non discrimination : "*Nul ne peut apporter aux droits des personnes et aux libertés*

*individuelles et collectives de restrictions qui ne seraient pas justifiées par la nature de la tâche à accomplir ni proportionnées au but recherché” (61).*

De plus, l'article 255.1 du nouveau code pénal définit la discrimination comme étant une distinction opérée entre les personnes physiques notamment en raison de l'état de santé ou du handicap. L'infraction s'applique alors aussi bien à un refus d'embauche, une sanction disciplinaire ou un licenciement pour ces motifs.

Voici quelques notions à connaître en pratique quotidienne concernant le “droit du travail et SIDA”. La liste est loin d'être exhaustive.

- L'employeur ne peut en aucun cas exiger un test de dépistage ou rechercher des informations d'ordre médical ni à l'embauche, ni pendant la durée du contrat de travail.
  
- La sérologie positive au VIH ne peut pas constituer une raison de refus d'embauche ni être un motif de licenciement.
  
- C'est au seul médecin du travail de déterminer si un salarié est médicalement apte ou non à son poste de travail. Il est tenu au secret médical et n'a pas à justifier auprès de l'employeur les motifs d'inaptitude.

- Lorsqu'une personne ne peut plus assurer son travail habituel pour des raisons médicales (VIH ou autre pathologie), le médecin du travail doit donner son avis et conseiller l'employeur et le salarié pour trouver la meilleure solution (travail à temps partiel, reclassement professionnel, changement de poste, ...). Par ailleurs, sur l'avis du médecin traitant, le médecin conseil de la caisse d'assurance maladie peut proposer à l'employeur la mise en place d'un temps partiel thérapeutique.
  
- L'employeur ne peut demander qu'un certificat attestant la qualité d'assuré social ou la carte d'immatriculation initiale mais en aucun cas la carte navette établi annuellement qui mentionne la prise en charge à 100 %.
  
- Les salariés transmettent souvent à leur employeur des certificats médicaux rédigés par le médecin traitant. Ces certificats n'ont pas de valeur légale et peuvent être néfastes au salarié. Avec l'accord de celui-ci il est préférable qu'une concertation s'établisse entre le médecin traitant et le médecin du travail qui connaît le patient, son poste de travail, sa pathologie. Le médecin du travail doit garder le secret médical et en aucun cas il doit divulguer à l'employeur l'état de santé du salarié.
  
- Certaines vaccinations (comme le BCG) contre indiquées aux

séropositifs sont obligatoires pour exercer certaines professions. Il s'agit essentiellement du personnel de restauration et des services de santé. Le décret du 29 Avril 1968 prévoit des contre indications à la vaccination obligatoire, ce qui pourrait permettre à des personnes séropositives non immunisées de travailler à ces postes. Il est donc conseillé au salarié de consulter son médecin traitant.

Le SIDA aura été le révélateur de nombreuses lacunes de notre système juridique. Toutefois grâce aux différentes affaires portées devant les tribunaux, la jurisprudence évolue régulièrement dans le sens d'un renforcement de la protection des malades. Cela étant, tous les malades n'ont pas les moyens matériels, ni la force nécessaire pour défendre leurs droits au quotidien; c'est dans ces cas que le groupe juridique et social de certaines associations comme AIDES intervient : une association peut désormais se constituer partie civile dans les cas de discrimination.

## **II - INFECTION PAR LE VIH ET DROIT PÉNAL**

Au delà de l'exclusion professionnelle, il existe des exclusions au quotidien des personnes séropositives ou au stade de SIDA maladie, du fait de leur état de santé : un hémophile séropositif auquel on refuse une

hospitalisation (62); un enfant séropositif qui doit changer d'école.

L'autre aspect pénal concerne "la criminalisation" de la transmission du virus : un homme porte plainte pour empoisonnement contre son ancienne compagne, elle lui a transmis le virus alors qu'elle se savait atteinte (63) (64). Devant une contamination par le VIH, que doit-on plaider?

L'intervention du droit pénal dans la lutte contre les maladies contagieuses n'est pas une notion récente. L'histoire est riche d'exemples de quarantaines, de mesures administratives dont le non respect pouvait entraîner des sanctions pénales : procès de lépreux, de pestiférés accusés de propager la maladie et qui se voyaient exclus de la société, de leur famille, interdits d'obsèques et de cimetière.

Cette époque paraît dépassée aujourd'hui, cependant certains pays prennent encore des positions extrêmes, ainsi le grand MUFTI d'Egypte estime que "*le châtement de l'adultère (la mort) pouvait être appliqué aux personnes atteintes du sida*", lorsqu'il est prouvé que la contamination résulte d'un adultère (65).

En Allemagne, au Canada, en URSS, la contamination du VIH a donné lieu à des condamnations, à des peines de prison.

En France jusqu'en 1991 les textes existants ne semblent pas adaptés à l'infection : l'article L 285 du code de la santé prévoit des sanctions pénales pour ceux ou celles qui atteints de maladie vénérienne,

ne prouvent pas qu'ils se soignent; l'article 301 du code pénal condamne l'empoisonnement. Juridiquement, la sanction pénale pour transmission du virus n'est pas simple.

Toute incrimination implique la nécessité d'établir avec certitude le caractère intentionnel et le lien de causalité. Comment prouver qu'on a volontairement transmis le virus? Comment démontrer que tel rapport sexuel ou telle injection de drogue est la cause de la maladie? Peut-on considérer la transmission du VIH comme un empoisonnement? Il existe en quelque sorte un vide juridique. Faut-il plaider l'homicide involontaire? La non assistance à personne en danger? Certains envisagent de créer un nouveau délit, celui de la "contamination volontaire".

Pour tenter de répondre à ces questions, le Sénat a adopté le 25 Avril 1991, lors de l'examen de la réforme du code pénal, un amendement punissant d'une peine d'emprisonnement les "comportements imprudents ou négligents d'une personne consciente et avertie, ayant provoqué la dissémination d'une maladie transmissible épidémique".

# CONCLUSION

Le SIDA est très vite devenu un phénomène de société rassemblant des énergies d'origines diverses : malades, médecins, chercheurs, artistes, juristes, médias. Tous ont diversement contribué à communiquer ce qu'est la maladie SIDA, ses diverses implications sociales, culturelles et humaines. La communication SIDA, mêlant le raisonnement scientifique, l'émotion, l'art, les débats, les controverses, les rumeurs, a tenté d'ouvrir les yeux et la conscience des gens sur la gravité et les différentes conséquences de la maladie.

Quel aura été le rôle de la communication SIDA sur la prévention? Aura-t-elle contribué à diminuer l'extension de l'épidémie? Il est difficile de répondre, en effet une difficulté de la prévention du SIDA est qu'on ne peut mesurer objectivement son effet sur la propagation de la maladie.

Depuis deux ans la communication SIDA est davantage axée sur l'information concernant les nouveaux traitements. En effet, le SIDA a pris un nouveau visage grâce aux multithérapies permettant à beaucoup d'échapper à une mort rapide et de retrouver ainsi une place dans l'environnement familial, social et personnel. Soutenus par les associations de lutte contre le SIDA, les malades et leurs familles vivent dans l'espoir d'un vaccin contre le VIH.

Avec le SIDA, l'abord de la maladie en générale par les médias a

bénéficié d'un changement au profit d'une information plus directe, plus libre et plus abordable par le public. Cette irruption de l'information médicale "grand public" modifie la relation médecin-patient. Ce qui est vrai pour l'infection par le VIH, l'est pour tout autre pathologie.

Le SIDA est une maladie où il est primordial d'établir une relation de confiance entre médecin-malade telle qu'elle puisse permettre une communication efficace laissant à chacun des deux interlocuteurs sa liberté de pensée et d'action. En effet le principe d'une information individualisée du malade ainsi que celui du recueil de son consentement doivent être garantis. Ne pas admettre ces principes reviendrait alors à déposséder le malade et de son être moral et de son être physique, ce qui est alors pris en compte n'est plus sa souffrance et sa solitude mais l'intérêt prioritaire de la recherche et de la santé publique. Or la protection des droits de l'homme, et peut être avant tout le respect de sa dignité, et la protection de la santé publique constituent un seul et même objectif.

Dans le passé, un "contagieux" était exclu et abandonné par la société et la médecine, augmentant ainsi les risques d'une mort rapide, aujourd'hui on considère que la même personne "*souffrant d'une maladie contagieuse*" doit pouvoir disposer de services lui permettant de préserver au maximum une vie privée et sociale intégrée à la communauté (66). Toutefois cela ne va pas sans créer de problèmes en ce qui concerne le SIDA. En effet le SIDA est comme "*une torche qui*

*éclairer nos peurs ancestrales et nos préjugés cachés”* (67).

Face à cette infection, une certaine évolution dans notre milieu de culture occidentale a permis globalement de préserver, aux prix parfois d'un difficile combat, le respect des principes de tolérance, de non discrimination, d'assistance, de protection et d'intégration des malades.

Si la victoire contre les préjugés et les phénomènes discriminatoires semble acquise, il reste à en remporter une autre : celle que les malades du SIDA et les chercheurs espèrent chaque jour : trouver un vaccin contre le SIDA.

Si dans cette thèse nous nous sommes intéressés à l'impact socio culturel du SIDA en France, nous ne devons pas oublier pour autant les problèmes posés par le SIDA dans les pays du tiers-monde, en particulier les problèmes économiques.

Jusqu'en 1985, la presse se contente de suivre la progression de l'infection en France et aux Etats-Unis. C'est après le premier congrès sur *“le sida-africain”*, en Novembre 1985 à Bruxelles (68) que les journalistes commencent à s'intéresser à certains pays du tiers-monde révélant ainsi au grand public une situation catastrophique. Ainsi de nombreux articles sont consacrés au continent africain. Les titres de la presse sont très alarmistes : *“L'Afrique noire décimée par le SIDA”* (69), *“Les sidamnés” de l'Afrique* (70), *“Ouganda, la mort en face”* (71), *“L'Afrique ravagée par le SIDA”* (72), *“Sida : l'Afrique en*

*danger de mort* (73).

Depuis, la situation n'a fait que s'aggraver. Le dernier congrès sur le SIDA en Juin 1998 à Genève montre une forte progression du SIDA dans les pays pauvres creusant ainsi davantage l'écart avec les pays économiquement favorisés.

Ainsi on compte :

- En Inde, quatre à cinq millions de séropositifs.
- En Afrique sub saharienne, douze millions de malades.

Nous pouvons espérer que dans un avenir proche les pays économiquement favorisés pourront bénéficier d'un vaccin contre le VIH. Serons-nous alors capables d'apporter l'aide nécessaire pour qu'à leur tour les pays sous développés puissent bénéficier de ce vaccin?

**BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - **Bill KIRKPATRICK.**  
Lumière et vie.  
Edition du Rocher, 1986 ; 110 p.
- 2 - **Antoine LION.**  
L'homme contaminé.  
Doin Deren et Cie, 1984 ; 133 p.
- 3 - **Rapport de la commission internationale d'étude des problèmes de la communication de l'UNESCO.**
- 4 - **FAVEREAU E., VERBOUD M., DE VILLEPIN L.**  
Les journalistes face au SIDA. Le journal du SIDA, mai 1993, hors série, p.111.
- 5 - **M.D.L.**  
Les homosexuels punis par le cancer.  
Le Matin, 2 janvier 1982, p 11.
- 6 - **CONAN E.**  
Mystérieux cancer chez les homosexuels américains.  
Libération, 6 janvier 1982.
- 7 - **Sans Auteur.**  
Le mal étrange qui frappe les homosexuels.  
Le Quotidien de Paris, 6 janvier 1982.
- 8 - **STIBON G.**  
Panique chez les «gays».  
Le Nouvel Observateur, 17 juin 1983, p 32.
- 9 - **SZAFRAN M.**  
New-York se bat, Paris continue à danser.  
Le Matin, 20 juin 1983, p 14.

- 10- LEJEUNE C.**  
Gay Pied Hebdo, 23 janvier 1983.
- 11 - CONAN E.**  
Les homosexuels français et l'effet SIDA. Sous la pression des chiffres, le milieu homosexuel a changé radicalement.  
Libération, 20 octobre 1984, p 19.
- 12 - DUROY L.**  
L'institut Pasteur malade du «cancer gay».  
Libération, 27 juin 1983, p 1 à 5.
- 13 - D'ADLER M.A.**  
SIDA : qui a trouvé le bon virus ? SIDA : Virus US contre virus Français.  
Le Matin, 24 Avril 1984.
- 14 - LEJEUNE C.**  
Gay Pied Hebdo, 23 juin 1985.
- 15 - HERZLICH C. et PIERRET J.**  
Une maladie dans l'espace public.  
Le SIDA dans six quotidiens français.  
Annales Economie Société Civilisation, 1988, p 1109-1134.
- 16 - RUFFIE J.**  
Le châtimement des dieux.  
Le Monde, 23 octobre 1985.
- 17 - SIMON C.**  
Oui le SIDA est dans la salive.  
Le Nouvel Observateur, 18 mars 1988.

- 18 - MONTARON J.M. (Vétérinaire).**  
Chats : aucun danger de SIDA.  
Le Figaro, 5 août 1988.
- 19 - AZIZ G.**  
Qui veut noyer son chat ...  
Libération, 4 août 1988, p 15.
- 20 - NOUCHI F.**  
Test du SIDA positif pour six détenus de Gradignan.  
Le Monde, 23 Août 1985.
- 21 - POLLAK M.**  
L'hôpital à vif.  
Edition Autrement, n°109.
- 22 - LEJEUNE C.**  
Gay Pied Hebdo, entretien sur Act up avec Didier LESTRADE.  
«L'ultime Frontière», n°464, 1991.
- 23 - GRISONI J.R.**  
«Tout va bien», journal mensuel d'informations des séropositifs en colère,  
n°5, 1991, p 1.
- 24 - FAVEREAU E.**  
Volontaire contre solitude.  
Libération spécial SIDA, novembre 1989, p 62.
- 25 - RICHARD P.**  
Ceux qui s'occupent du fléau.  
Le Quotidien de Paris, 9 octobre 1985, p 20.
- 26 - NIVELLE P.**  
AIDES sur la ligne Paris-Provence.  
Libération spécial SIDA, novembre 1989, p 64.

**27 - FAUVEREAU E.**

Des apparts pour survivre.

Libération spécial SIDA, novembre 1989, p 64.

**28 - ETCHEGOIN M.F.**

Act up : «Les despéraldos du SIDA».

Le Nouvel Observateur, 11 février 1993.

**29 - GUIBERT H.**

A l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie.

Gallimard, Paris, 1990, 267 p.

**30 - AUBRY SAINTONGE P.**

Entraid'SIDA Limousin, n°1, novembre 1997, p 1.

**31 - L'heure de la vérité, émission télévisée antenne 2, en 1998.**

Invité Léon Schwantzenberg.

**32 - Sondage télévisé par Impact médecin quotidien, 23 mars 1992.****33 - GRASSINS S.**

Jeunes : «Y a plus d'amour».

L'express, 30 octobre 1987, p 44.

**34 - EXPERT C. et BRUNET J.B. (OMS).**

Préservatifs : c'est dans la tête que ça coince.

Libération, 13 avril 1990, p 34.

**35 - NOUCHI F. et NAU J.Y.**

Claude GOT : «Nullité d'une politique».

Le Monde, 11 janvier 1989, p 17.

**36 - FRANCK M.**

SIDA : La psychose.  
Le Point, 23 mars 1987.

**37 - DUBOIS J.P.**

Des noms rayés dans un carnet d'adresses.  
Le Nouvel Observateur, 18 février 1993, p 10-17.

**38 - GARCIN J.**

Dominique FERNANDEZ : «La permissivité sexuelle n'a pas été propice la création».  
L'Événement du Jeudi, 3 mars 1988, p 88-89.

**39 - FERNADEZ D.**

La liberté, tombeau de l'inspiration.  
Le Nouvel Observateur, 18 février 1993, p 16-17.

**40 - Mutualité française, Académie de Grenoble.**

Merlot contre MST SIDA, 1988, 40 p.

**41 - YANN et BODARD.**

Nicotine Goudron.  
Paris. L'Écho des Savanes, Albin Michel, 1991, 51 p.

**42 - La bande dessinée européenne s'empare du préservatif.**

Les aventures du latex.  
Carouge : Fondation du présent, 1991, 64 p.

**43 - DERIB.**

Jo. La tour de Peilz : Fondation pour la vie (Suisse), 1991, 94 p.

**44 - GUIBERT H.**

A l'ami qui ne m'a pas sauvé la vie.  
Paris, Gallimard, 1990, 267 p.

- 45 - GUIBERT H.**  
Le protocole compassionnel.  
Paris, Gallimard, 1991, 227 p.
- 46 - GUIBERT H.**  
L'homme au chapeau rouge.  
Paris, Gallimard, 1992, 156 p.
- 47 - GUIBERT H.**  
Cytomégalovirus.  
Paris, Gallimard, 1992, 96 p.
- 48 - LAPIERRE D.**  
Plus grand que l'amour.  
Paris, Robert Laffont, 1990, 422 p.
- 49 - ARON J.P.**  
Mon Sida.  
Paris, Bourgeois, 32 p.
- 50 - DREUILHE A.E.**  
Corps à corps.  
Paris, Gallimard, 1987, 203 p.
- 51 - PASCAL B.**  
Pensées, V, 238 p.
- 52 - GOMEZ M.**  
Peut-on titulariser un enseignant atteint du SIDA ?  
La Croix, 13 février 1988.
- 53 - GAUTHIER N.**  
Le SIDA n'a pas coupé l'instituteur Didier HUTIN de son école.  
Libération, 29 mars 1988, p 26.

**54 - BERNARD P.**

L'instituteur atteint du SIDA n'obtient pas sa titularisation.  
Le Monde, 14 avril 1988, p 23.

**55 - NAU J.Y. et NOUCHI F.**

Un salarié d'une entreprise de Bagnolet «invité» à démissionner pour cause de SIDA.  
Le Monde, 13 février 1988, p 10.

**56 - CHAUVEAU L.**

Un patron entre morale et productivité.  
Libération, 11 mars 1988, p 2-4.

**57 - CHAUVEAU L. et PIAL G.**

Patrons-Syndicats face au SIDA.  
Libération, 11 mars 1988, p 1.

**58 - GILSON M.**

Le SIDA déboule dans l'entreprise.  
Libération, 11 mars 1988, p 2-3.

**59 - JOFFRIN L.**

Débat nécessaire.  
Libération, 11 mars 1988, p 3.

**60 - QUATREMER J.**

Les maladies longue durée et leur traitement juridique.  
Libération, 11 mars 1988, p 4.

**61 - Article L, 120-2, du code du travail.****62 - REVIL P.**

La directrice d'une clinique condamnée pour avoir refusé l'admission d'un séropositif.  
Le Monde, 2 décembre 1992, p 14.

- 63 - CHOUFFAN A. et de PRACONTAL M.**  
Pourquoi m'a-t-elle caché qu'elle était séropositive ?  
Le Nouvel Observateur, 5 novembre 1992, p 104-106.
- 64 - LOGEART A.**  
Faut-il «criminaliser» la transmission de la maladie ?  
Le Monde, 28 juin 1988, p 14.
- 65 - BERNARD P.**  
Le SIDA d'ailleurs.  
Le Monde, 17 juin 1989, p 12.
- 66 - Recommandation 25 (87) du Comité des Ministres du Conseil de l'Europe**  
concernant une politique européenne commune de santé publique de lutte  
contre le SIDA.
- 67 - BOLTTHO-MASSARELLI V. et O'BOYLE M.**  
Administratrice principale de la division de la santé du Conseil de l'Europe  
et administrateur à la Commission des Droits de l'Homme au Conseil de  
l'Europe.
- 68 - DR ESCOFFIER-LAMBIOTTE.**  
En Afrique, plus à l'Est qu'à l'Ouest.  
Le Monde, 26 novembre 1985.
- 69 - PR RAVINA J.M.**  
l'Afrique Noire décimée par le SIDA.  
Le Figaro, 8 mai 1991.
- 70 - PONCHELET H.**  
Les «sidamnés» de l'Afrique.  
Le Point, 3 décembre 1990, p 114.
- 71 - FRANCK M.**  
Ouganda, la mort en face.  
Le Point, 3 décembre 1990, p 117.

72 - GEHLER M.

L'Afrique ravagée par le SIDA.

L'Événement du Jeudi, 17 août 1989, p 18.

73 - SIROU C.

SIDA : l'Afrique en danger de mort.

Le Point, 4 juin 1990, p 92.

**TABLE DES MATIÈRES**

	<b>Page</b>
<b>INTRODUCTION</b>	1
<b>SIDA ET COMMUNICATION</b>	5
<b>I - <u>RÔLE DE LA PRESSE</u></b>	7
<b>I-1 - <u>Causes de l'évolution du journalisme médical</u></b>	8
<b>I-2 - <u>Rôle informateur</u></b>	10
I-2-1 - <u>De Janvier 82 à Janvier 83 : le mystère</u>	12
I-2-2 - <u>Le terrain</u>	16
I-2-3 - <u>La prévention</u>	21
I-2-4 - <u>Investigation</u>	23
* L'affaire HEVAC B	30
* Querelle GALLO-MONTAGNIER	31
* L'affaire du sang contaminé	37
<b>I-3 - <u>Dérapages de la presse</u></b>	39
<b>I-4 - <u>Presse et médecins</u></b>	48

<b>II - <u>RÔLE DES ASSOCIATIONS</u></b>	50
<b>III - <u>RÔLE DES POUVOIRS PUBLICS</u></b>	61
<b>III-1 - <u>La population générale</u></b>	65
III-1-1 - <u>Faut-il un dépistage obligatoire</u> <u>systematique de la population générale?</u>	65
III-1-2 - <u>La prévention dans la population générale</u>	67
<b>III-2 - <u>La population carcérale</u></b>	69
<b>III-3 - <u>Dans le milieu de la prostitution</u></b>	70
<b>III-4 - <u>Dans la population toxicomane</u></b>	72
<b>SIDA ET IMPACT CULTUREL</b>	75
<b>I - <u>LA CHANSON ET LE SIDA</u></b>	78
<b>II - <u>SIDA ET CINÉMA</u></b>	79
<b>II-1 - <u>Merci la vie</u></b>	79
<b>II-2 - <u>Longtime Companion</u></b> <b>( un compagnon de longue date)</b>	80
<b>II-3 - <u>La pudeur ou l'impudeur</u></b>	80

<b>II-4 - <u>Jeanne et le garçon formidable</u></b>	81
<b>III - <u>SIDA ET BANDE DESSINÉE</u></b>	81
<b>III-1 - <u>Merlot contre MST SIDA</u></b>	82
<b>III-2 - <u>Nicotine et Goudron</u></b>	83
<b>III-3 - <u>Les aventures du latex</u></b>	83
<b>III-4 - <u>Jo</u></b>	83
<b>IV - <u>SIDA ET LITTÉRATURE</u></b>	85
<b>IV-1 - <u>A l'ami qui ne m'a pas sauvé</u></b>	85
<b><u>Le protocole compassionnel</u></b>	
<b><u>L'homme au chapeau rouge</u></b>	
<b><u>Cytomégalovirus</u></b>	
<b>IV-2 - <u>Plus grand que l'amour (48)</u></b>	86
<b>IV-3 - <u>Mon SIDA (49)</u></b>	86
<b>IV-4 - <u>Corps à corps (50)</u></b>	87
<b>V - <u>LE PATCHWORK DES NOMS</u></b>	87

<b>SIDA ET IMPACT JURIDIQUE</b>	93
<b>I - <u>INFECTION PAR LE VIH</u></b>	94
<b><u>ET LÉGISLATION DU TRAVAIL</u></b>	
<b>II - <u>INFECTION PAR LE VIH ET DROIT PÉNAL</u></b>	99
<b>CONCLUSION</b>	102
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	107
<b>TABLE DES MATIERES</b>	117

## SERMENT D'HIPPOCRATE

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis, à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 57

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER  
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

---

RUE (Anne) - Impact socio-culturel du Sida. - 116 p. ; Tabl. ; 30 cm. (Thèse : Méd. ; Limoges ; 1998).

---

**RESUME :**

Dès le commencement, le SIDA a fait l'objet d'un savoir flou, d'une situation tragique, de données passionnelles et irrationnelles, de sorte que la maladie SIDA est très vite devenue le phénomène SIDA. Jamais aucune maladie n'avait tant suscité l'intérêt des médias et en particulier de la presse grand public.

Celle-ci a exploité le phénomène SIDA dans un but commercial. Cependant, il est indéniable que la presse a participé à faire de la communication auprès du public, en l'informant, en suscitant la prévention et en donnant la parole à d'autres acteurs du SIDA : associations, malades, médecins, artistes ...

Ainsi le SIDA a su mobiliser la société toute entière, en ayant des répercussions notamment sur la culture et le domaine juridique.

---

**MOTS-CLES :**

- SIDA
  - COMMUNICATION
  - MEDIA
  - PRESSE
  - SOCIETE
  - CULTURE
  - DROIT
- 

**JURY :** Président : Monsieur le Professeur MELLONI

Juges : Monsieur le Professeur BONNETBLANC  
Monsieur le Professeur DENIS  
Monsieur le Docteur ROGEZ

---