

UNIVERSITE DE STRASBOURG  
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2013

N° 70

**THESE**  
**PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE**  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Diplôme d'Etat

Mention Médecine Générale

**PAR**

Contal Maryse

Née le 31 mars 1984 à Pont-à-Mousson

Communication audio-visuelle sanitaire : Etude  
d'un corpus de films de prévention contre le sida  
produits entre 1987 et 1999

Président de thèse : M. Weber Jean-Christophe, Professeur

Directeur de thèse : M. Bonah Christian, Professeur



1  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Président de l'Université (21.06.07) M. BERETZ Alain  
Doyen de la Faculté (8.02.11-7.02.16) M. SIBILIA Jean  
Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11) M. GOICHOT Bernard  
Doyens honoraires : (1976-1983) M. DORNER Marc  
(1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie  
(1989-1994) M. VINCENDON Guy  
(1994-2001) M. GERLINGER Pierre  
(3.10.01-7.02.11) M. LUDES Bertrand  
Chef des Services Administratifs M. VICENTE Gilbert

Edition MAI 2013  
Année universitaire 2012-2013

HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)



### A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis

Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

### A2 - MEMBRE JUNIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

Néant

### A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRP6 NCS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ANDRES Emmanuel	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu	NRP6 NCS	• Pôle Tête-Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
BACHELLIER Philippe	RP6 CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de chirurgie hépatobiliaire, pancréatique et transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques	NRP6 CS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
BAUMERT Thomas	NRP6 NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil - NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option hépatologie
BEAUJEUUX Rémy	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie vasculaire diagnostique et interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil et Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECEMEUR François	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BELLOCCO Jean-Pierre	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
BERGERAT Jean-Pierre	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
BERTHEL Marc (2) (7)	S/nb Cons	• Pôle de Gériatrie de l'Hôpital de La Robertsau - Service de soins de Longue Durée et d'Hébergement Gériatrique / Hôpital de La Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BERTSCHY Gilles	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BILBAULT Pascal	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des urgences médico-chirurgicales / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLICKLÉ Jean-Frédéric	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED)CS - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine Interne
Mme BOEHM-BURGER Nelly	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
BONNOMET François	NRP6 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURDIER Tristan	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie-Hygiène-COREVI - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
Mme BOURGARIT ép. DURAND Anne	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, endocrinologie et nutrition / HP	53.01 Médecine Interne
BOURGIN Patrice	NRP6 NCS	• Pôle tête et cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
BOUSQUET Pascal	NRP6 NCS	• Pôle de pharmacie-pharmacologie - Laboratoire de Pharmacologie / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme BRIGAND Cécile	NRP6 NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
BURSZTEJN Claude	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04	Pédopsychiatrie
CANDOLFI Ermanno	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
CANTINEAU Alain	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et de Médecine du Travail / HC	46.02	Médecine et santé au travail Travail
CASTELAIN Vincent	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02	Réanimation
CAZENAIVE Jean-Pierre	Dir/NCS	- Etablissement Français du Sang - Alsace / EFS	47.01	Hématologie (option biologique)
CHAKFE Nabil	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
Mme CHARLOUX Anne	NRP6 NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRP6 NCS	• Pôle tête-cou - OETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03	Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CHRISTMANN Daniel	NRP6 CS CSp	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et des Maladies infectieuses et tropicales/ Nouvel Hôpital Civil - Laboratoire d'Hygiène hospitalière / PTM HUS	45.03	Option : Maladies infectieuses
CLAVERT Jean-Michel	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02	Chirurgie infantile
CLAVERT Philippe	NRP6 NCS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirch	42.01	Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
CRIBIER Bernard	NRP6 CS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03	Dermato-Vénérologie
DANION Jean-Marie	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne	RP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elisau	49.04	Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric	NRP6 NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01	Pneumologie
DEBRY Christian	NRP6 CS	• Pôle tête-cou - OETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme	NRP6 NCS	• Pôle tête et cou - OETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01	Neurologie
DIEMUNSCH Pierre	NRP6 CS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
DIETEMANN Jean-Louis	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - Service de Neuroradiologie, d'imagerie ostéo-articulaire et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
DOFFOEL Michel	RP6 CS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène	NRP6 CS	• Pôle de biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04	Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard	NRP6 CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01	Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick	Dir.	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02	Option : Cancérologie clinique
DUPEYRON Jean Pierre (5) (9)	S/nb Cons	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
DURAND Emmanuel	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et explorations fonctionnelles in vivo / NHC et HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01	Pédiatrie
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRP6 NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FISCHBACH Michel	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01	Pédiatrie
GANGI Afshin	RP6 CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVIH et Traité d'Union - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
GAY Gérard	NRP6 NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Hépatogastro-entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01	Option : Gastro-entérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GENTINE André (1) (8)	S/mb Cons	• Pôle tête-cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
GENY Bernard	NRP6 CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIGUEL Philippe	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, endocrinologie et nutrition / HP	53.01 Médecine Interne
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
GUT Jean-Pierre (1)	S/mb	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
HANNEDOUCHE Thierry	NRP6 CS	• Pôle de Néphrologie-Urologie-Diabétologie-Endocrinologie (NUDE) - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - GOREVI - Service de Médecine Interne et des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HASSELMANN Michel	NRP6 CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
HERBRECHT Raoul	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard	NRP6 NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
JACQMIN Didier	NRP6 NCS	• Pôle de Néphrologie-Urologie-Diabétologie-Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
JAUHAC Benoît	NRP6 CS	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRP6 NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques - Médicale B / Hôpital Civil	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc	NRP6 CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Hôpital de La Robertsau - Service de Gériatrie Médecine Interne / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEHRLI Pierre	NRP6 CS	• Pôle tête-cou - CETD - Service de Neurochirurgie / Hôpital Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
KEMPF Jean-François	RP6 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence	NRP6 NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de Diabète et des Maladies métaboliques - Médicale B / Hôpital Civil	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRP6 NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KOENIG Michel	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
KOPFERSCHMITT Jacques	NRP6 CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
KRETZ Jean Georges	RP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KURTZ Jean-Emmanuel	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé	NRP6 NCS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno	NRP6 NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
LAUGEL Vincent	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LIPSKER Dan	NRP6 NCS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe	NRP6 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
LUDES Bertrand	RP6 CS	• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté	46.03 Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
LUTZ Patrick	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Pédiatrie 3 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
MANDEL Jean-Louis (cf. A1)	NRP6 CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MANGIN Patrice (3)	NCS	(en détachement à Lausanne / Suisse du 01.09.96 au 31.08.10) - Institut (Laboratoire) de Médecine Légale et d'Analyses Toxicologiques / Faculté	46.03 Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
MARESCAUX Christian	NRP6 NCS	• Pôle tête-cou - CETD -Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARESCAUX Jacques	NRP6 CS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil -Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
MARK Manuel	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert	NRP6 NCS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHÉLIN Carole	NRP6 NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRP6 CS	• Pôle d'onco-hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas	NRP6 NCS	• Pôle de santé publique et santé au travail - Laboratoire de biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biosciences, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRP6 CS	• Pôle de pharmacie-pharmacologie • Laboratoire de Pharmacologie / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno	NRP6 CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MULLER André	NRP6 CS	• Pôle tête et cou - CETD - Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique
MUTTER Didier	NRP6 NCS	• Pôle hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRP6 NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël	RP6 NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale : option gynécologie-obstétrique
NOEL Georges	NCS CDp	• Centre Régional de lutte contre le cancer Paul Strauss (par convention) - Service de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrik	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
OUDET Pierre (5) (9)	S/nb Cons	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
PASQUALI Jean-Louis	RP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
PESSAUX Patrick	NRP6 NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry	CDp	• Centre Régional de Lutte contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option Cancérologie Clinique
PINGET Michel	RP6 CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques - Médicale B / Hôpital Civil	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
POURQUË Olivier (3) (Détachement D.R.)	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biochimie et de biologie moléculaire /HP - Institut de Génétique Biologique Moléculaire et Cellulaire	44.03 Biologie cellulaire
PRADIGNAC Alain	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne, endocrinologie et nutrition / HP	44.04 Nutrition
POTTECHER Thierry (2) (7)	S/nb Cons	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / HP	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme QUOIX Elisabeth	RP6 CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
Pr RICCI Roméo	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
ROHR Serge	NRP6 CS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02	Chirurgie générale
ROUL Gérard	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02	Cardiologie
Mme ROY Catherine	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie viscérale et urgences / Nouvel Hôpital Civil	43.02	Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANDNER Guy	NRP6 NCS	• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie (option biologique)
SAUDER Philippe	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation
SAUSSINE Christian	NRP6 CS	• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04	Urologie
SCHNEIDER Francis	RP6 CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital HautePierre	48.02	Réanimation
SCHULTZ Philippe	NRP6 NCS	• Pôle tête-cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01	Oto-rhino-laryngologie
SIBILIA Jean	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital HautePierre	50.01	Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02	Ophtalmologie
Mme STEIB Annick	RP6 NCS	• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01	Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul	NRP6 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02	Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de l'Hypertension, des Maladies vasculaires et Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Médecine vasculaire
Mme STOLL-KELLER Françoise	NRP6 CS	• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Option : Bactériologie-virologie (option biologique)
THAVEAU Fabien	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.04	Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine	RP6 CS	• Pôle tête et cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de HautePierre	49.01	Neurologie
VAUTRAVERS Philippe	NRP6 CS	• Pôle de l'appareil locomoteur - Institut Universitaire de Rééducation Clemenceau / IURC	49.05	Médecine physique et de réadaptation
VEILLON Francis	NRP6 CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie diagnostique et interventionnelle viscérale, ORL et mammaire / Hôpital HautePierre	43.02	Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRP6 NCS	• Pôle de santé publique et santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et biostatistiques	46.01	Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01	Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03	Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRP6 NCS	• Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMGD Schiltigheim	54.05	Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	51.01	Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Amaud	NRP6 NCS	• Pôle de gynécologie-obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de HautePierre	54.03	<b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne A / Nouvel Hôpital Civil	53.01	Option : Médecine Interne
WIHLM Jean Marie	NRP6 CS	• Pôle de pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme WILK Astrid (2) (7)	S/nb Cons	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et réparatrice / HC	55.03	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
WOLF Philippe	NRP6 NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HUS	53.02	Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL Renée	NRP6 NCS	• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01	Anatomie (option biologique)

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de HautePierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

\* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Csp : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)  
P6 : Pôle RP6 (Responsable de Pôle) ou NRP6 (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chef de service) Dir : Directeur

(1) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2014

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2013

(2) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2015

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2013

(3) En détachement jusqu'au 31.08.2013

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2013

(5) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2013

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIE SUR CONTINGENT NATIONAL

NEANT

## B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS'	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle de biologie - Laboratoire d'Explorations fonctionnelles par les isotopes/Nouvel Hôpital Civil	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Dr ALEIL Boris		• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de l'Hypertension, des Maladies vasculaires et Pharmacologie clinique/ Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme la Dre ANTAL Maria Cristina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / Haute-pierre	42.02 Cytologie et histologie (Option biologique)
Dr BARRIERE Philippe		• Pôle de chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie Maxillo-Faciale et réparatrice / HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Mme BARTH Heidi		• Pôle de Biologie - Laboratoire de virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
BARUTHIO Joseph		• Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC • Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme la Dre BEAU-FALLER Michèle		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BIANCALANA épouse BRUCK-MANN Valérie		• Pôle de biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Dr BIERRY Guillaume		• Pôle d'imagerie - Service de Neuroradiologie, d'imagerie ostéo-articulaire et interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme BILLING-WOLF Michèle		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme la Dre BROESSEL Nathalie		• Pôle de santé publique et de santé au travail - Service de Pathologie et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
CERLINE Jocelyn		• Pôle d'Onco-hématologie - Département d'Hématologie et d'Oncologie / HP	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
Dr CHARLES Yann-Philippe		• Pôle de l'appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHOQUET Philippe		• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Dr COLLANGE Olivier		• Pôle de l'appareil locomoteur Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / NHC	<b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Dre de MARTINO Sylvie		• Pôle de biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	<b>Bactériologie-virologie</b> Option bactériologie-virologie biologique
Dr DEVYS Didier		• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Dre DI MARCO Paola		• Pôle de pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Dr DOLLÉ Pascal		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre DORAY Bérénice		• Pôle de biologie - Service de Génétique médicale / Hôpital de Haute-pierre	47.04 Génétique (option génétique)
Dr DOUTRELEAU Stéphane		• Institut de Physiologie Appliquée / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme la Dre ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme la Dre FAFI-KREMER Samira		• Pôle de biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 <b>Bactériologie-virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Dr FILISSETTI Denis		• Pôle de biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme la Dre FLORI Elisabeth	CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Cytogénétique / Hôpital Haute-pierre	47.04 Génétique (option biologique)
Dr FOUCHER Jack		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme GAUB Marie-Pierre		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Dr GOETZ Christian		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et explorations fonctionnelles in vivo / NHC et HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
GOUNOT Daniel		• Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
GUERIN Eric		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
Dr HUBELE Fabrice		• Pôle d'imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (type mixte : biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Dre JACAMON-FARRUGIA Audrey		• Pôle de biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
JEHL François		• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
KASTNER Philippe		• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option Biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre KORGANOW Anne-Sophie	CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Dre KOSCINSKI Isabelle		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biologie de la reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; option biologique
KREMER Stéphane		• Pôle d'imagerie - Service de Neuroradiologie, imagerie ostéo-articulaire et interventionnelle/HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Dre LACREUSE Isabelle		• Pôle médico-chirurgical de pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme la Dre LANNES Béatrice		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
Dr LAVAUX Thomas		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Dr LAVIGNE Thierry		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVI - Laboratoire d'Hygiène hospitalière / PTM HUS	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Dr LE MINOR Jean-Marie		• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle d'Odontologie - Service de Radiologie / Centre de soins dentaires	42.01 Anatomie (option clinique)
Mme LETSGHER-BRU Valérie		• Pôle de biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme la Dre LONSDORFER- WOLF Evelyne		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Dr LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Dr MOREAU François		• Pôle de Néphrologie - Urologie - Diabétologie - Endocrinologie (NUDE) - Service d'Endocrinologie, de diabète et des maladies métaboliques - Médicale B / Hôpital Civil	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER		• Pôle de biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Dr PENDREACH Erwan		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Dr PETER Jean-Daniel		• Pôle d'anesthésie / réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Département d'Anesthésiologie / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
PFAFF Alexander		• Pôle de biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
PIQUARD François		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
POULET Patrick		• Institut de Physique Biologique / Faculté de Médecine • Pôle de biologie - Labo. d'Explorations Fonctionnelles par les Isotopes / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
PREVOST Gilles		• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme la Dre RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
RIEGEL Philippe		• Pôle de biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Dr ROGUE Patrick (cf. A2)		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROUSSEL Guy		• Pôle de biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme SAMAMA Brigitte		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Dr SAULEAU Erik-André	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de santé publique et santé au travail</li> <li>- Laboratoire de biostatistiques / Hôpital Civil</li> <li>• Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC</li> </ul>		46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SCHAEFER Adrien	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine</li> <li>• Pôle de biologie</li> <li>- Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC</li> </ul>		44.02 Physiologie (option biologique)
Mme la Dre SCHAEFFER Christiane	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine</li> <li>• Pôle de Biologie</li> <li>- Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>		42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
SCHEFTEL Jean-Michel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de biologie</li> <li>- Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté</li> </ul>		45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme SCHMITT Fabienne	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de biologie</li> <li>- Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / NHC</li> </ul>		44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme SCHMITT Marie-Paule	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de biologie</li> <li>- Institut (Laboratoire) de Virologie / PTM HUS et Faculté</li> </ul>		45.01 Option : Bactériologie- <b>virologie</b> (biologique)
Dre SORDET Christelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED)</li> <li>- Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre</li> </ul>		50.01 Rhumatologie
Dr TALHA Samy	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pathologie thoracique</li> <li>- Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC</li> </ul>		44.02 Physiologie (option clinique)
Dr TELETIN Marius	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de biologie</li> <li>- Service de Biologie de la Reproduction / CMGO Schiltigheim</li> </ul>		54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Dr TRACQUI Antoine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de biologie</li> <li>- Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC</li> <li>• Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine</li> </ul>		46.03 Médecine légale et droit de la santé (option biologique)
Mme la Dre URING-LAMBERT Béatrice	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Institut d'Immunologie / HC</li> <li>• Pôle de biologie</li> <li>- Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>		47.03 Immunologie (option biologique)
Dr VALLAT Laurent	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de biologie</li> <li>- Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil</li> </ul>		47.03 Immunologie (option biologique)
Mme VAXMAN Martine	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de biologie</li> <li>- Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre</li> <li>• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine</li> </ul>		42.02 Cytologie et Histologie (option biologique)
Mme la Dre VILLARD Odile	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de biologie</li> <li>- Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac</li> </ul>		45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Dr WALLER Jocelyn	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de biologie</li> <li>- Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac</li> </ul>		45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
ZOLL Joffrey	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pôle de Pathologie Thoracique</li> <li>- Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC</li> </ul>		44.02 Physiologie (option clinique)

## B2 - PROFESSEUR DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	---	-----	---

## B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

BURGUN Jean-Claude	Centre de Neurochimie - 5, rue Blaise Pascal - Strasbourg	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
DANSE Jean-Marc	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
HANAUER André	Institut de Chimie Biologique / Faculté de Médecine	37.03	Génétique (Groupe X section hors médecine)
NORMAND Guy	Institut de Chimie Biologique - Centre de Neurochimie	64.	Biochimie et Biologie moléculaire
Mme RASMUSSEN Anne	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme THOMAS Marion	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72.	Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

**C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE****C1 - PROFESSEURS ASSOCIES (mi-temps)**

Pr Ass. KOPP Michel Médecine Générale (depuis le 1.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2013)  
Pr Ass. LEVEQUE Michel Médecine générale (depuis le 1.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2015)

**C2 - MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE (mi-temps)**

Dre JUNG Catherine Médecine générale (1.09.2008 au 31.08.2011 / 31.08.2014)  
Dr GRIES Jean-Luc Médecine générale (1.09.2011 au 31.08.2014)

**D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES****D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES**

Mme ACKER-KESSLER Pia Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)  
Mme CANDAS Peggy Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)  
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)  
Mme JUNGER Nicole Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)

**E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICES NON UNIVERSITAIRES**

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et de Réanimation néonatale / Hôpital de Hautepierre
Dr DESPREZ Philippe	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr FAVRE Romain	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMGO Schiltigheim
Mme Dre FLESCH Françoise	NRP6 CS	• Pôle Urgences - réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie de l'hôpital de la Robertsau - Service de Gériatrie Soins de Longue Durée - Service de Gériatrie Hébergement gériatrique / EHPAD
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de biologie - Laboratoire de Biologie générale et spécialisée / Nouvel Hôpital Civil
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie - Hygiène - COREVIH - "Le trait d'union" - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil

**F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES**

- o *de droit et à vie (membres de l'Institut)*  
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)  
KARLI Pierre (Neurophysiologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2010 au 31 août 2013)*  
MAITRE Michel (Biochimie et Biol. molécul.)  
MEYER Christian (Chirurgie générale)  
VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique)
- o *pour trois ans (1er septembre 2011 au 31 août 2014)*  
JAECK Daniel (Chirurgie générale)  
SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine interne)
- o *pour trois ans (1er septembre 2012 au 31 août 2015)*  
GAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie)  
PATRIS Michel (Psychiatrie)

**F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)**

M. SOLER Luc IRGAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015)

**F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS\* DE L'Uds (2012-2013)**

Dr DELVAUX Michel Hépatogastro-entérologie (2011-2012)  
Dre GRAS-VINCENDON Agnès Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (2010-2011 / 2011-2012)  
Dr LECOCQ Jehan Médecine physique et de réadaptation (2011-2012)  
Dr PELACQIA Thierry Anesthésie - réanimation (2010-2011 / 2011-2012)  
Dr RODIER Jean-François Chirurgie Oncologique - Centre Anticancéreux P. Strauss (2009-10/2010-11/2011-12)  
Dr ROHMER Jean-Georges Psychiatrie (2009-2010 / 2010-2011 / 2011-2012)

(\* 4 années au maximum)

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BIENTZ Michel (Santé publique) / 01.09.04	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	LESSARD Michel (Hématologie biologique) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BRINI Alfred (Ophtalmologie) / 01.10.89	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MAITROT Daniel (Neurochirurgie) / 01.09.2011
BUCHHEIT Fernand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
CANGUILHEM Bernard (Physiologie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CHAMBRON Jacques (Biophysique) / 01.10.99	MINGK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CHAUMONT André (Médecine légale) / 01.10.93	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.96
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	OTTENI Jean-Claude (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.03
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.2011
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	RITTER Jean (Gynécologie-obstétrique) / 01.09.02
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
GAUTHIER-LAFAYE Pierre (Anesthésiologie-Réa.chir.) / 01.10.87	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
JAEGER Albert (Réanimation médicale) / 01.09.12	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JUIF Jean-Georges (Pédiatrie) / 01.10.92	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEILL Jean-Pierre (Gastro-entérologie) / 01.10.93
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KIEN Truong Thai (Parasitologie) / 01.09.03	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90

## Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : *Nouvel Hôpital Civil* : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : *Hôpital Civil* : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : *Hôpital de Haute-pierre* : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- *Hôpital de La Robertsau* : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- *Hôpital de l'Elsau* : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Ciemenœu - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Ciemenœu - 67082 Strasbourg Cedex

## RESPONSABLES DE LA SECTION MÉDECINE ET DU DEPARTEMENT DE SANTE DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITE DE STRASBOURG

M. Yann MARCHAND, Conservateur en chef, responsable du Département Santé (1<sup>er</sup> septembre 2011)

Mme Marion BERNARD, Conservateur, responsable de la Bibliothèque de Médecine (1<sup>er</sup> juillet 2011)

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS  
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES**

## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

*En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*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.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.*

*Remerciements*

**Liste des abréviations :**

AIDES : une association française de lutte contre le sida  
 AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé  
 AFLS : Agence Française de Lutte contre le Sida  
 AFH : Association Française des Hémophiles  
 AMM : Autorisation de Mise sur le Marché  
 ANR : Agence Nationale de la Recherche  
 ANRS : Agence Nationale de Recherche sur le Sida  
 ARCAT-SIDA Association pour la recherche clinique contre le sida et sa thérapeutique  
 ARS : Agence Régionale de Santé  
 ASUD : Association d'Auto-Support des Usagers de Drogues  
 BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire  
 CCPRB : Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale  
 CDAG : Centre de Dépistage anonyme et Gratuit  
 CDC : Center for Disease Control  
 CERMES : Centre de Recherche médecine, science, santé et société  
 CFES : Comité Français d'Education pour la Santé  
 CIRDD Centre d'Information Régional sur les Drogues et sur les Dépendances  
 CISIH : Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine  
 CMV : CytomégaloVirus  
 CNS : Conseil National du sida  
 CNRS : Centre National de la Recherche Scientifique  
 CNTS : Centre National de Transfusion Sanguine  
 CRIPS : Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida  
 DAH : Deutsche Aids Hilfe  
 DDASS : Direction Départementale des affaires Sanitaires et Sociales  
 DGS : Direction Générale de la Santé  
 DOM-TOM : Départements d'Outre-Mer et Territoires d'Outre-Mer  
 EBV : Epstein Barr Virus  
 ECS : Ensemble Contre le Sida  
 KAPB: Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices  
 HTLV : Human T-Lymphotrophic Virus  
 IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales  
 INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé  
 INVS : Institut National de Veille Sanitaire  
 IREPS : Instance Régional d'Education et de Promotion de la Santé  
 INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale  
 IST : Infection Sexuellement Transmissible  
 NHS : National Health Service  
 OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
 PDG : Président Directeur Général  
 PCR : Polymerase Chain Reaction  
 PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
 SIS Sida Info Service  
 SOLENSI Solidarité Enfant Sida  
 TAC Treatment Action Campaign  
 THT Terrence Higgins Trust  
 UNESCO: Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture  
 ONG: Organisme Non Gouvernemental

UNICEF: United Nations International Children's Emergency Fund

URSS: Union des Républiques Socialistes Soviétiques

USA: United States of America

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

VLS : Vaincre Le Sida

<b>I. Introduction .....</b>	<b>19</b>
<b>II. Lutte contre le sida et communication .....</b>	<b>26</b>
II.1. LA DECOUVERTE D'UN SYNDROME ET DE SA CAUSE .....	26
II.2. A LA RECHERCHE D'UN TRAITEMENT.....	32
II.3. LA COMMUNICATION, OUTIL TRADITIONNEL DE SANTE PUBLIQUE.....	34
II.4. POLITIQUE ET COMMUNICATION CONTRE LE SIDA EN FRANCE.....	36
II.4.1 <i>Prise de conscience (1982-1985)</i> .....	36
II.4.2 <i>Naissance d'un pouvoir associatif</i> .....	38
II.4.3 <i>La non intervention de l'état (1982-1985)</i> .....	41
II.4.4 <i>La politique de Michèle Barzach (1986-1988)</i> .....	45
II.4.5 <i>La multiplication des associations (1984-1991)</i> .....	48
II.4.6 <i>Mise en place des institutions (1988-1989)</i> .....	52
II.4.7 <i>L'AFLS (1989-1994)</i> .....	53
II.4.7.1 <i>Le développement d'un marché des actions de terrain</i> .....	54
II.4.7.2 <i>La communication de l'AFLS</i> .....	55
II.4.7.2.1 <i>Choix stratégiques</i> .....	55
II.4.7.2.2 <i>Premières campagnes (1988-1990)</i> .....	56
II.4.7.2.3 <i>Une période intense de communication (1991-1993)</i> .....	58
II.4.7.2.4 <i>Le déclin de l'AFLS (1994)</i> .....	62
II.4.7.2.5 <i>Une autre communication : le cinéma</i> .....	62
II.4.8 <i>La réduction des risques</i> .....	63
II.4.9 <i>Les actions inter associatives se multiplient (1992-1994)</i> .....	67
II.4.10 <i>Le sang contaminé</i> .....	69
II.4.11 <i>La communication après l'AFLS (1994-1996)</i> .....	72
II.4.12 <i>Les multithérapies et la désaffection de la cause sida (1996-1999)</i> .....	76
II.4.12 <i>Communication après les multithérapies (1997-1999)</i> .....	78
II.4.13 <i>Synthèse</i> .....	79
II.5 MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE DE LUTTE CONTRE LE SIDA : EXEMPLES D'AUTRES PAYS EUROPEENS ...	80
II.5.1 <i>politique de lutte contre le sida</i> .....	80
II.5.2 <i>Les campagnes de prévention</i> .....	84
II.6. LE SIDA, UNE PANDEMIE .....	87
II.6.1 <i>Extension du sida</i> .....	87
II.6.2 <i>Une réponse internationale à la pandémie</i> .....	90
II.7 FRISES CHRONOLOGIQUES .....	92
II.7.1 <i>Principaux événements</i> .....	92
II.7.2 <i>Films sur la période</i> .....	93
<b>III. Etude du corpus .....</b>	<b>94</b>
III.1 ORIGINE DU CORPUS.....	94
III.2. TROIS PERIODES .....	96
III.2.1 <i>Première période : Combattre la peur par l'information</i> .....	97
III.2.2 <i>Deuxième période : le sida, une maladie politique et sociale</i> .....	99
III.2.3 <i>Troisième période : une lutte qui appelle d'autres luttes</i> .....	101
III.3 THEMES ET CIBLES DE LA PREVENTION .....	104
III.3.1 <i>Sida et préservatif</i> .....	104
III.3.1.1 <i>Promotion du préservatif</i> .....	104
III.3.1.2 <i>La promotion du préservatif au sein du corpus</i> .....	109
III.3.2 <i>Sida et dépistage</i> .....	117
III.3.2.1 <i>Promotion du dépistage</i> .....	117
III.3.2.2 <i>La gestion du dépistage à l'étranger</i> .....	125
III.3.3 <i>Le sida et les jeunes</i> .....	127
III.3.3.1 <i>La communication vers les jeunes</i> .....	128
III.3.3.2 <i>La cible jeune</i> .....	132
III.3.4 <i>Le sida et les femmes</i> .....	134
III.3.5 <i>Le sida et les immigrés</i> .....	138
III.3.6 <i>Synthèse</i> .....	144
<b>IV. Médecine générale, sida et santé publique.....</b>	<b>146</b>
IV.1 LES MEDECINS GENERALISTES AU DEBUT DE L'EPIDEMIE SIDA.....	146

IV.2 MEDECINE GENERALE ET SANTE PUBLIQUE .....	148
<b><i>V. Conclusion</i></b> .....	<b><i>152</i></b>
<b><i>Annexes</i></b> .....	<b><i>157</i></b>

Figure 1 Paris Match 1983 .....	37
Figure 2 le nouvel Observateur 1985 .....	38
Figure 3 Affiche campagne 1987 .....	48
Figure 4 Affiche les préservatifs tout le monde dit oui 1992 .....	59
Figure 5 Affiche préservatif 1 franc 1992 .....	59
Figure 6 Affiche dépistage 1992 .....	60
Figure 7 Affiche Campagne de solidarité 1991 .....	61
Figure 8 Affiche Campagne janvier 1995 .....	73
Figure 9 Affiche campagne été 1995 .....	74
Figure 10 Affiche campagne 1996 .....	76
Figure 11 Affiche campagne 1998 .....	78

## I. Introduction

Fin janvier 2013, l'association AIDES demande à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé une Recommandation Temporaire d'Utilisation du Truvada afin qu'il soit accessible en traitement préventif pour les personnes et les groupes les plus exposés au VIH. La Food and Drug Administration a autorisé la prescription de ce traitement aux Etats-Unis à titre préventif depuis plusieurs mois. Cela ne remet pas en cause l'essai ANRS-IPERGAY, qui évalue sur 3 ans une stratégie différente de la prise quotidienne de Truvada validée aux Etats-Unis. Cet essai évalue l'efficacité d'une prise à la demande autour des rapports sexuels. AIDES assure par ailleurs l'accompagnement préventif des participants à cet essai.(1)

Depuis 2010, les Tests de Dépistage Rapide peuvent être utilisés par des bénévoles non professionnels de santé formés intervenant dans une structure associative impliquée en matière de prévention sanitaire.(2)

Didier Lestrade, cofondateur d'Act-Up a beau déplorer qu'en 2013 « le sujet n'est plus vendeur » (sous-entendu le sida), la prévention sida est toujours en mouvement, innovante.(3)

Le sida, ou syndrome d'immunodépression acquise, est la conséquence de l'infection par le VIH, le virus de l'immunodéficience humaine. L'infection à VIH est une pandémie, avec 33 millions de porteurs du virus estimés en 2011. Le VIH est un virus à ARN, deux types sont actuellement connus : Le VIH-1, le plus répandu, (Europe, Amérique, Asie, Afrique) et le VIH-2 présent surtout en Afrique de l'Ouest. La transmission du VIH est sanguine, sexuelle et materno-fœtale. Les cellules cibles du VIH sont essentiellement les cellules portant à leur surface la molécule CD4, en premier lieu les lymphocytes T CD4+.

L'évolution de la maladie suit habituellement trois phases :

- une phase précoce (ou primo-infection) survenant entre une à huit semaine après la contamination et disparaissant spontanément en quelques semaines, mais pouvant aussi être asymptomatique ;

- une phase d'infection chronique cliniquement latente pendant laquelle la réplication virale se poursuit, c'est la phase la plus longue, qui dure en moyenne dix ans avec une variabilité individuelle ;

-une dernière phase qui correspond à un ensemble de manifestations infectieuses ou tumorales, liées à dépression profonde de l'immunité cellulaire, le taux de lymphocyte T CD4 est en général inférieur à 200/mm<sup>3</sup>.(4)

Lors de la découverte de ce nouveau syndrome au début des années 1980, les associations de lutte contre le sida vont partout être les premières à se mobiliser. Aux Etats-Unis, les premières associations de malades sont créées à New-York alors que la cause du syndrome n'est pas encore identifiée. Après la découverte du retrovirus VIH-1, l'utilisation des tests de dépistage en 1985 révèle l'ampleur de l'épidémie.

En France, l'Etat va progressivement prendre des mesures afin d'accompagner les malades, de favoriser la recherche médicale, et d'installer une prévention efficace pour limiter la diffusion de l'épidémie. En 1996, l'apparition des trithérapies modifie profondément le pronostic. Si les traitements n'apportent pas la guérison, ils réussissent à bloquer durablement la répllication virale, l'espoir de vivre renaît. En regard de cette évolution positive, la mobilisation s'essouffle, le sida se banalise, se normalise. Il devient une maladie chronique avec une prise en charge médicale spécialisée.

Le sida a participé en France à réformer la Santé, tant au plan institutionnel qu'au plan du colloque singulier médecin/malade.

Lorsque survient l'épidémie au cours des années 1980, la médecine est prise de court. Même la découverte du virus n'amène pas l'espoir d'un succès médical à court ou moyen terme. Après les grandes révolutions thérapeutiques des années 1930 à 1980, la médecine curative est au premier plan. Un consensus médical, sans doute unique dans la médecine moderne, amène à mettre la prévention au premier rang des préoccupations.(5) Des moyens financiers et humains importants vont être mobilisés pour communiquer sur le sida dans le but d'enrayer l'épidémie.

A l'arrivée du sida, les pouvoirs publics ont dû agir « dans l'urgence ». Ils ont organisé la réponse thérapeutique dans un premier temps au sein du monde hospitalier. Les premiers malades, atteints de pathologies rares, ont été traités dans les hôpitaux parisiens. Les CISIH (Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine) sont créés en 1987 pour coordonner la prise en charge VIH au sein de l'hôpital, s'adapter aux connaissances et

thérapeutiques nouvelles, favoriser la recherche. La Mission Sida de la direction des Hôpitaux a en charge la gestion des CISIH. Les CISIH vont également permettre d'homogénéiser les pratiques et de rationaliser les dépenses liées au VIH. Des logiciels informatiques sont créés, recueillant initialement des données administratives, puis des données médicales. Cela permet de cartographier la prise en charge et les dépenses liées au sida, de définir des dépenses types liées à la prise en charge du VIH. Des recommandations sont éditées au travers des rapports Dormont sur la prise en charge du VIH et diffusées au sein des hôpitaux au travers des CISIH, permettant une homogénéisation des pratiques sur le territoire. Des comités antiviraux sont mis en place au sein de plusieurs hôpitaux afin de veiller à la prescription des molécules arrivant sur le marché, dans un but sanitaire et économique.

Ces transformations marquent la volonté des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé et de participer à la définition et à la diffusion des bonnes pratiques médicales.

Ces transformations ne restent pas limitées au sida : en 1996 le recueil des données grâce au PMSI permettant de connaître l'activité des services est obligatoire. Les Références Médicales Opposables apparaissent en 1992, l'agence nationale de l'accréditation et d'évaluation en santé est créée. (6)

La notion de sécurité sanitaire s'impose après l'affaire du sang du contaminé. Une méthodologie de la décision sanitaire sera élaborée et un dispositif institutionnel sera mis en place progressivement pour pallier les défauts de l'administration française dans ce domaine. L'agence française du sang et l'agence française du médicament deviennent l'AFSAPPS (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé) en 1993. L'Agence de sécurité sanitaire des aliments et l'agence de sécurité sanitaire de l'environnement sont créées. Le réseau national de santé publique voit ses missions élargies et mieux définies en devenant l'Institut National de Veille Sanitaire.(7)

Les droits des malades sont respectés et mis en avant, jusqu'à leur inscriptions dans la loi du 4 mars 2002. La décision partagée, la négociation concernant les examens à visée diagnostic ou la thérapeutique, s'imposent dans la consultation. L'acte médical est repositionné dans l'histoire sociale. La partie de dialogue dans l'acte médical est considérablement modifiée par une entrée massive dans la vie privée de l'individu, explorant ses rites sexuels à des fins médicales. A la souffrance de la maladie et l'angoisse de la mort s'ajoute le risque d'exclusion. Dans ce contexte, la protection sociale de l'individu malade est également liée à la nécessité d'un verrouillage du secret professionnel.(7)

Dans le cadre de la recherche clinique, les associations se sont mobilisées pour défendre les droits des participants aux essais thérapeutiques. Par l'intermédiaire des associations, dont le groupe TRT-5, les patients jouent un rôle dans l'élaboration des essais thérapeutiques et donc dans la recherche clinique.(8)

L'importance du nombre de personnes en fin de vie avant les multithérapies, les souffrances physiques et morales de jeunes patients, ainsi que l'émergence des associations de lutte contre le sida ont amené à une réflexion sur les moyens de soulager les souffrances et sur les modalités d'un accompagnement personnalisé. Ces éléments contribueront, avec d'autres, à structurer le développement des soins palliatifs, le droit des malades en fin de vie.

L'apparition d'une nouvelle maladie va forcément entraîner l'acquisition d'un nouveau savoir-faire professionnel, médical bien entendu conduisant à des arbres de décisions nouveaux, mais aussi déontologique et sociologique. Il inclut désormais la santé publique et l'épidémiologie dans le champs des connaissances médicales et mobilise le soignant dans le rôle d'éducateur, de formateur, d'acteur social hors du champs médical propre.(7)

La loi relative à la politique de santé publique, votée le 9 août 2004 en remplacement de la loi relative à la protection de la santé publique du 15 février 1902, entérine les préconisations d'un rapport de l'IGAS (Inspection Générale des Affaires Sociales) publié en 2003. L'IGAS dénonçait d'une part le cloisonnement entre médecine curative et médecine préventive et proclamait, d'autre part, la nécessité de placer la prévention au cœur du système français de santé.(9)

La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire de 2009 définit les missions de soins de premiers recours de la médecine générale. Ces soins comprennent la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients, la dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique, l'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social, l'éducation pour la santé.(10)

30 ans après l'avènement du sida, il paraît intéressant de revenir sur cette épidémie qui a contribué au renouveau de la Santé Publique et en particulier de la prévention.

Cette thèse s'est intéressée à un corpus de films de prévention contre le sida produits entre 1987, date de la première campagne de prévention grand publique, et 1999. Ce corpus a été rassemblé par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Alsace associée au Comité

Régional d'Education pour la Santé en Alsace, afin d'être prêtés à des acteurs de prévention. L'étude de ses films permet d'analyser et d'interroger de manière historique les formes prises par la prévention audio-visuelle à la période concernée. L'organisation, la mise en place de la prévention et des grandes campagnes contre le sida ont été l'objet de nombreuses publications. Les films étudiés ici n'appartiennent pas aux campagnes de prévention grand public diffusées par le CFES (Comité Français d'Education pour la Santé) ou l'AFLS (Agence Française de Lutte contre le Sida), même si un certain nombre d'entre eux sont subventionnés par ces organismes.

Afin de pouvoir étudier ce corpus et de repositionner les films selon les connaissances médicales de l'époque et la politique de santé mise en œuvre, nous nous sommes appuyés sur plusieurs ouvrages qui ont constitué la base bibliographique de cette thèse.

Le premier ouvrage, intitulé « Histoire du Sida, Début et Origine d'une pandémie actuelle », a été rédigé par Mirko D. Grmek. La première édition date de 1989, elle a été complétée en 1990, aux Editions Payot. Chargé de recherche au CNRS, Mirko D. Grmek est l'auteur de nombreux ouvrages d'historiographie médicale. Son livre constitue la première histoire du sida publiée en France. Le livre est structuré en quatre parties. Les deux premières, présentées de façon événementielle, retracent la découverte du sida, l'extension de l'épidémie et les progrès médicaux accomplis dans la compréhension de cette pathologie nouvelle. La troisième partie reprend les différentes théories de la genèse du sida, et la quatrième partie propose une interprétation des causes biologiques et sociales du sida.

Deux autres publications ont permis de jeter les bases pour comprendre le corpus, l'une retraçant l'histoire de la lutte contre le sida (« Une épidémie politique ») à la période étudiée et l'autre analysant les grandes campagnes de prévention en France (« Prévention du sida et agenda politique, les campagnes en direction du grand public »).

« Une épidémie politique, La lutte contre le sida en France, 1981-1996 », ouvrage collectif dirigé par Pinell Patrice, propose une analyse socio-historique du mouvement associatif de lutte contre le sida. Il est publié en 2002 avec le concours de l'ANRS. La dynamique des relations entre associations est étudiée. Les interactions entre l'espace de lutte contre le sida et les autres espaces sociaux, champ médical, champ de l'homosexualité, champ journalistique, administration de la santé, secteur de la lutte contre la toxicomanie, sont analysées. Le livre, organisé de manière chronologique, est divisé en trois parties : naissance

d'un mouvement de lutte contre le sida (1981-1986), une phase de transition (1896-1989), un mouvement à son apogée (1989-1996).

« Prévention du sida et agenda politique, les campagnes en direction du grand public (1987-1996) », écrit par Paicheler Geneviève, a été publié aux éditions CNRS en 2002.

Cet ouvrage analyse les aspects institutionnels et stratégiques en jeu dans la communication publique sur le sida à la période considérée. Il étudie plus particulièrement leur évolution et les interactions entre les différents intervenants (personnel politique, politico-administratif, experts scientifiques, membres des associations, personnels des agences de communication), en tenant compte de leurs contraintes et de leur potentiel d'action.

Le livre est organisé de façon chronologique et comprend six chapitres qui formalisent les différentes périodes de la communication publique.

Deux autres ouvrages ont apporté un éclairage d'une part sur la mobilisation des malades autour des traitements (« Les malades en mouvements »), et d'autre part sur le réaménagement du pouvoir médical (« Leçons politiques de l'épidémie sida »).

« Les malades en mouvements, la médecine et la science à l'épreuve du sida », rédigé par Barbot Janine est publié aux éditions Balland. Le livre décrit l'activisme thérapeutique des associations de lutte contre le sida durant la période allant de 1982 à 2001. Le livre est divisé en deux parties. La première partie (l'engagement associatif sous toutes ses formes) présente les conceptions qu'ont les associations de leur engagement dans la lutte contre le sida. La deuxième partie (agir sur le développement des médicaments) trace la création et les actions du TRT-5. Le TRT-5 est un front associatif créé pour défendre l'intérêt des malades dans les expérimentations de nouvelles molécules et accélérer leurs mises sur le marché.

« Leçons politiques de l'épidémie sida », écrit par Dodier Nicolas, a été publié en 2003 aux Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales. Le livre est divisé en quatre parties. A travers les controverses publiques autour des traitements (affaire de la ciclosporine, la mise à disposition des anti-protéases...), Nicolas Dodier a cherché à saisir le réaménagement des relations de pouvoir dans la médecine. Le sida révèle le passage d'une médecine où le clinicien a une autonomie et une autorité très fortes, à la modernité thérapeutique, basée sur l'« evidence based-medicine » et sur une vision procédurale de l'éthique.

Ces ouvrages sont complémentaires : l'aspect historique prime dans le livre de F. Pinell, la prise de position dans l'espace public des associations est exprimée par J. Barbot, et N. Dodier propose une analyse alternative à travers l'étude de crises médiatiques.

Les films du corpus, environ 13h30 de projection, ont ensuite été visionnés. Des informations ont été recherchées concernant l'origine et la réalisation des films. Une fiche analytique a été réalisée pour chaque film, disponible en annexe. Cette grille d'analyse systématique est issue du projet MEDFILM (*Instruire, informer, communiquer, éduquer. Le film médico-sanitaire en France*, programme ANR, Agence Nationale de Recherche). Une copie des films va intégrer la plateforme pédagogique MEDFILM (<http://medfilm.unistra.fr>) développée dans le cadre du programme ANR porté par le Département d'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé de l'Université de Strasbourg.

La première partie de cette thèse porte sur l'organisation de la lutte contre le sida en France et la communication publique sur le sida à la période considérée. L'épidémie sida en Europe et dans le Monde est ensuite abordée succinctement afin de situer l'histoire française dans son contexte international.

La deuxième partie développe l'analyse du corpus, divisé en trois périodes. La présentation par les films de deux principaux thèmes de prévention, le préservatif et le dépistage, est décrite. Les cibles principales des messages de prévention, les jeunes, puis les femmes et les immigrés, sont étudiées.

Nous terminons ce travail en ouvrant une discussion sur la place de la médecine générale dans le champ de la Santé Publique.

## **II. Lutte contre le sida et communication**

### **II.1. La découverte d'un syndrome et de sa cause**

Le début de l'histoire du sida est marqué officiellement par la publication le 5 juin 1981 par l'agence épidémiologique fédérale Centers for Disease Control (CDC) d'Atlanta de cinq cas graves de pneumonie observés entre octobre 1980 et mai 1981 à Los Angeles.(11)(7)Deux faits justifient ce signal d'alarme : tous les malades étaient des hommes jeunes (29 à 36 ans) homosexuels, et leur pneumonie à pneumocystis carinii. Cette infection opportuniste est connue chez les patients souffrant de déficit immunitaire ou sous immunosuppresseurs. L'apparition d'une pneumocystose chez ces 5 individus précédemment sains est inhabituelle. Ils souffrent également de candidoses et d'infection à cytomégalovirus. Chez 3 de ces malades, le nombre de lymphocyte T a fortement diminué, l'étude chez les deux autres malades n'est pas faite. La gravité de la maladie est impressionnante, deux malades meurent rapidement et les autres ne semblent pas guérir.(11)

Le 3 juillet 1981, précédant d'un jour un nouveau communiqué du CDC, le New-York Times publie un article sous le titre : « Cancer rare vu chez 41 homosexuels. » C'est le premier article dans la presse non médicale. Le CDC informe la communauté médicale de 26 cas de sarcome de Kaposi rencontrés à New-York et en Californie ces 30 derniers mois chez des hommes jeunes homosexuels. Huit de ces malades sont décédés dans un délai inférieur à 2 ans. Habituellement, cette maladie est rare chez les moins de 50 ans et la survie est d'une dizaine d'années. Le commentaire se termine par ce conseil : bien qu'il ne soit pas sûr que l'augmentation du sarcome de Kaposi et de la pneumocystose soit limitée aux homosexuels mâles, la grande majorité des cas a été signalée dans ce groupe. Les médecins doivent prendre garde au sarcome de Kaposi, à la pneumocystose et aux autres infections opportunistes associées à l'immunosuppression chez les homosexuels.

Pendant cet été 1981, la presse gay des Etats-Unis se berce d'illusion : le « gay cancer » est une invention des médecins homophobes.

Fin 1981, le nombre de cas recensés est de 159 aux USA, dans 15 états. A New-York, on découvre des pneumocystoses rapidement fatales chez quelques hétérosexuels. Ce sont des toxicomanes intraveineux. Parmi ces cas, une femme.

De nombreuses hypothèses sur l'agent causal de ce syndrome sans nom existent : le poppers ? Un virus CMV muté et très actif ? « le tiers monde sexuel » des homosexuels américains ? Les CDC ont la conviction que l'agent causal est infectieux et qu'il se transmet par voie sexuelle, sans preuves irréfutables.(11)

En France, en juillet 1981, un malade est hospitalisé à Paris dans le service du Dr Rozenbaum. Le malade est un homme jeune, steward, souffre d'une pneumocystose, il a voyagé dans de nombreux pays en Afrique et a eu des relations homosexuelles à New-York. Dr Rozenbaum fait le rapprochement avec le syndrome immunodépressif des homosexuels américains.

Des médecins alertent alors la communauté homosexuelle et la presse. En janvier 1982, les quotidiens français commencent à parler du « mystérieux cancer chez les homosexuels américains » et signalent « un malade en observation à Paris. » (11) Gai Pied publie son deuxième article sur cette nouvelle maladie, les articles se veulent prudents et posent d'emblée des garde-fous contre une éventuelle réaction d'hostilité envers les homosexuels.(12)

Au premier trimestre 1982, on compte 5 malades suspects hospitalisés à Paris. Au printemps 1982 se forme le groupe de travail français sur le sida. Une poignée de médecins, de disciplines différentes, immunologistes, infectiologues, pneumologues, dermatologues, virologues, forment ce groupe.(13) Dr Rozenbaum en fait parti. Jean Baptiste Brunet, épidémiologiste, vient ensuite les rejoindre. Ils essaient de recenser les cas français. Fin 1982, ils constatent que quelques femmes sont atteintes et que certains patients ont également des liens avec l'Afrique.

Aux Etats-Unis, le 9 juillet 1982, le CDC rapporte 34 cas de sarcome de Kaposi chez des Haïtiens vivant dans différents états des USA. Aucun de ceux qui ont été interrogés ne fait état d'une activité homosexuelle et un seul est usager de drogue intraveineuse. On parle alors des 4 H : homosexuels, héroïnomanes, haïtiens et hémophiles, populations jugées susceptibles d'être porteuses de cette étrange maladie.

Dans les semaines suivantes, le CDC rend compte de 3 cas de pneumocystose pulmonaire chez des sujets hémophiles, qui ont tous reçu un produit sanguin nommé facteur VIII, fabriqué à partir de pools de plasma collectés auprès de plus d'un millier de donneurs. Les bactéries étant éliminées lors du processus de fabrication, alors que des particules plus petites comme les virus sont susceptibles de passer au travers de filtre, l'« agent » causal en question doit selon toute probabilité être un virus.

Un sigle, utilisé par les CDC été 1982, désigne ce nouveau syndrome : Acquired Immune Deficiency Syndrome, puis Acquire Immunodeficiency Syndrom. En France, un sigle analogue est créé : Syndrome d'Immunodéficience Acquise, S.I.D.A.

Une définition de ce syndrome est donnée au début de l'année 1983 par les CDC et adoptée ensuite par l'OMS : le sida est caractérisée par la survenue d'un syndrome tumoral ou de manifestations infectieuses dites opportunistes ou de l'association des deux chez un adulte de moins de 60 ans, sans pathologie sous-jacente antérieurement connue et ne recevant pas de traitement immunodépresseur.

Dans le courant 1983, on démontre la possibilité de transmission par rapports hétérosexuels, la transmission de la femme à l'homme étant encore discutée. La transmission verticale de la mère à l'enfant est constatée, mais on ne sait pas encore avec certitude à quel moment elle se produit. En novembre 1983, un patient ayant subit des transfusions sanguines 29 mois auparavant lors d'une chirurgie cardiaque est atteint du sida. 39 cas dans le monde de contamination par transfusion sanguine sont recensés.

La recherche de l'agent causal de ce syndrome se poursuit. Plusieurs hypothèses étiologiques existent chez les scientifiques : CMV, EBV, virus de la peste porcine, retrovirus de la leucémie féline, retrovirus HTLV pour le chercheur Robert Gallo aux Etats-Unis.

En France, en janvier 1983, en collaboration avec le groupe de travail français sur le sida, Luc Montagnier, travaillant à l'institut Pasteur, isole dans le ganglion d'un patient avec une lymphadénopathie généralisée suspect de sida un nouveau retrovirus qui tue des lymphocytes CD4, baptisé LAV.

Margaret Heckler, secrétaire d'état à la santé aux USA, déclare le 24 avril 1984 que Robert Gallo a isolé un virus jusque là inconnu, le HTLV III, et a démontré qu'il est la cause du sida. Un test de dépistage sera disponible dans les mois à venir, un vaccin dans les 2 ans.

L'histoire démontrera par la suite que HTLV III et LAV ne font qu'un, et la paternité de la découverte du virus du sida reviendra à Luc Montagnier et son équipe. L'accord est signé entre la France et les USA en 1987. Le nom HIV est donné à ce virus en 1986.

A partir de 1984, des tests de dépistages sont disponibles. D'après les résultats publiés par l'Institut Pasteur en juin 1984, le test de dépistage ELISA est positif chez 37,5% des sidéens cliniquement avérés et chez 74,5% des porteurs de lymphadénopathie et chez 18% des homosexuels apparemment en bonne santé. Des kits meilleure sensibilité sont commercialisés été 1985.

Avec les tests de dépistage, l'épidémie sida entre dans une nouvelle phase. Ainsi devient visible une partie jusqu'alors cachée de l'invasion virale. En 1985, les CDC avancent le chiffre de 500 000 à 1 million d'Américains présumés séropositifs. L'OMS estime que 50 000 personnes sont séropositives en France. En Afrique équatoriale, l'étude de séroprévalence dépasse les pires suppositions.

La cause identifiée, la recherche des modes de transmission se poursuit. Les travaux des virologues confirment en grande partie les conclusions des épidémiologistes du CDC.

Les principaux véhicules de la transmission interhumaine sont le sperme et le sang. Le virus est isolé dans le sperme en octobre 1984. Il n'est mis en évidence dans les sécrétions cervico-vaginales que tardivement. Il est également trouvé dans la salive, les larmes, le lait maternel, le cerveau.

Toutefois, ce virus qui parvient à la surface du corps humain ne se transmet pas de là à une autre personne. Il est facilement détruit par la chaleur et par les désinfectants.

On constate que les personnes séropositives, qui ne répondent pas encore à la définition donnée en 1983 du syndrome sida, sont contaminantes.(11) Le risque de passer au stade sida est mal connu, il est alors courant au milieu des années 1980 de dire qu'après 5 années de contamination, seulement 10% des personnes séropositives développent la maladie.(13)

En 1987-1988, des études rapportent que le pourcentage de personnes infectées par le virus qui développent la maladie n'est pas une petite minorité de 5 à 10% mais un pourcentage d'au moins 70% qui pourraient, en l'absence de nouveaux traitements, monter jusqu'à 100%. (14)

En octobre 1985, une biologiste portugaise vient à l'Institut Pasteur pour apprendre la technique d'isolement du virus. Elle a apporté des échantillons du sang d'un malade soigné depuis début 1985 à Lisbonne et résident en Guinée. Les tests de dépistage restent négatifs et pourtant le diagnostic clinique de sida est évident.

Luc Montagnier applique alors la méthode qu'il a utilisée pour le LAV et effectue des expériences d'hybridation. Les deux virus ont une structure génomique similaire mais dans les détails ils sont bien différents. Malgré la variabilité génétique considérable du HIV, toutes les souches isolées jusqu'alors dans les quatre coins du monde avaient les mêmes sites antigéniques sur les 3 principales protéines. Or ce nouveau virus est tellement différent que les tests de dépistage des anticorps ne donnent pas de réactions croisées. Si le nouveau germe provoque un syndrome d'immunodéficience, la séronégativité anti-HIV cesse d'être un moyen sûr de tri diagnostique. L'attention se porte alors sur des malades séronégatifs et néanmoins atteints du sida. Un tel cas fut observé début 1986 à Paris. Il s'agissait d'un malade venant du Cap-Vert et hospitalisé à Paris depuis 1983. On trouva dans son sang un deuxième représentant du nouveau virus. Ce rétrovirus, baptisé LAV2 puis HIV2, ensuite dépisté par des tests appropriés, est responsable d'un important foyer endémique en Afrique de l'ouest. Dans un effort commun de l'institut Pasteur, du CNRS et de l'INSERM, entre automne 1986 et printemps 1987, est réalisé le séquençage du génome de ce second virus du sida.(11)

En 1990, des controverses existent toujours sur le lien de causalité entre le virus du sida et la maladie. Luc Montagnier cherche des cofacteurs du sida, comme certaines mycobactéries.(11)

Des scientifiques comme Duesberg nient le lien de causalité entre HIV 1 et 2 et sida. Le développement de la technique de PCR, en améliorant la détection du virus courant 1992, puis l'arrivée de traitements efficaces mettra fin à la controverse, même s'il subsiste des courants négationnistes. (14)(15)

Au début des années 1990, l'histoire naturelle de l'infection est admise : peu de temps après l'infection par le HIV1 ou le HIV2, survient une phase d'infection aiguë, caractérisée par une forte réplication virale dans le sang, une forte réponse immunitaire, et dans certains cas, par des symptômes tels qu'une fièvre de faible intensité et une hypertrophie ganglionnaire. Suit ensuite une période de « latence » durant laquelle la charge virale mesurable reste relativement faible mais où le taux de lymphocytes CD4 diminue graduellement. Dans la plupart des cas succède une phase finale de crise, coïncidant avec la survenue de maladies opportunistes, le taux de CD4 passant sous la barre des deux cents T4 par millimètre cube tandis que la charge virale augmente à nouveau.(16)

L'origine du virus pose également question. De nombreuses théories ont été proposées après la découverte du virus. Le VIH est-il originaire d'Afrique, comme l'affirment alors bon nombres de scientifiques occidentaux (au grand agacement des Africains) ? Les Cubains combattant en Angola ont-ils apportés la maladie en Haïti ? Le VIH est-il le produit d'une expérimentation de la CIA ou de l'armée américaine, comme le disent des groupes marginaux aux Etats-Unis et les médias soviétiques officiels ? Le VIH, ou une variante simiesque de celui-ci, a-t-il été introduit involontairement chez les africains par le biais de vaccins (contre la variole, la malaria, ou la polio, cela dépend de la théorie) préparés à partir de tissus prélevés sur des singes et administrés dans le cadre de programme de vaccination de l'OMS en Afrique ?

Si l'histoire a retenu la publication des cinq cas des CDC en 1981, d'autres cas antérieurs ont été identifiés à postériori, des tests de dépistage pratiqués sur des échantillons de sang prélevés au milieu de XXème siècle se sont révélés positifs. The Lancet a publié en 1978 la description d'un cas, le « slim disease » qui est manifestement un sida.(7)

Selon l'arbre phylogénétique établi par comparaison de plusieurs centaines de virus issus de différentes souches, l'ancêtre commun du VIH-1 a dû apparaître en Afrique dans les années 1920-1930. Le principal sérotype de la souche VIH-1, appelé M, provient d'un virus qui frappe surtout les chimpanzés. Mais d'autres espèces de singes africains sont affectés par des virus très proches (les SIV, virus d'immunodéficience simienne) du VIH. Il

est probable que l'homme a été contaminé à plusieurs reprises dans son histoire du fait de la consommation de chimpanzé ou de leur morsure. La souche VIH-2, surtout fréquente en Afrique occidentale et en Asie du sud, dérive elle aussi d'un virus simien.(17)

## II.2. A la recherche d'un traitement

Jusqu'en 1983, en l'absence de cause, le traitement est symptomatique.

A la fin des années 1980, le bactrim est utilisé dans la prévention d'infections opportunistes, les aérosols de pentamidine dans la prévention de la pneumocystose, le ganciclovir pour les infections à CMV. Les sarcomes et lymphomes sont traités par radiothérapie et chirurgie.

Dès l'été 1984 des chercheurs du National Cancer Institute aux USA débute la recherche d'un traitement. Ils obtiennent une souche virale et testent in vitro toutes les substances signalées comme inhibiteurs des retrovirus. En 1985 l'AZT, un des produits testés, est administré à l'homme. En 1986 débute un essai thérapeutique multi-centrique en double aveugle aux USA. Fin 1986, l'essai est arrêté précocement car il n'est plus moralement justifié de priver les malades du groupe témoin d'une meilleure chance de survie. Dès le printemps 1987, l'AZT est mis sur le marché aux USA et en France. L'AZT inhibe très efficacement la transcriptase inverse, mais les effets secondaires sont importants, il ne permet pas de guérison, le virus mute rapidement, provoquant des résistances.

Les recherches se poursuivent, des antirétroviraux sont testés fin des années 1980 et début des années 1990. Deux autres inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse obtiennent l'AMM (Autorisation de Mise sur le Marché), la ddI (Didanosine) obtient l'AMM courant 1992 en France, la ddC (Didéoxycytidine) en 1994.

Début 1994, les résultats d'un essais thérapeutiques prouvent que l'administration d'AZT pendant la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie de l'enfant réduit significativement le risque de transmission de mère à enfant.

L'essai thérapeutique delta et d'autres essais thérapeutiques prouvent en septembre 1995 la supériorité d'une bithérapie (AZT + ddi ou AZT + ddC) pour ralentir l'évolution de l'infection.

En 1995, aux USA, une nouvelle classe thérapeutique, les anti-protéases, a été testée et est distribuée en accès compassionnel.

En janvier 1996, lors d'une conférence à Washington, sont présentés les résultats spectaculaires des essais avec les trithérapies (association de deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et d'une anti-protéase). En juillet lors de la 11ème conférence internationale sur le sida à Vancouver l'efficacité des trithérapies est réaffirmée, leurs bénéfices à long terme restent à prouver. En août et octobre 1996 plusieurs antiprotéases reçoivent l'AMM en Europe. En 1997 sont publiées des recommandations concernant les trithérapies, la trithérapie devient le premier traitement. L'observance du traitement est capitale.

En octobre 1997 les antirétroviraux peuvent être distribués dans les pharmacies de ville, auparavant leur délivrance avait lieu uniquement dans les pharmacies hospitalières. En avril 1998 en France, le combivir, association de deux antirétroviraux, est disponible en pharmacie hospitalière. Sa simplicité de prise (un comprimé matin et soir sans contrainte à l'écart des repas) améliore très sensiblement la qualité de vie des personnes sous multithérapie. En septembre 1998 en France, la nevirapine obtient l'AMM, c'est le premier inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse. (18)

Les 3 principales classes thérapeutiques d'antirétroviraux sont sur le marché. De nouveaux médicaments seront mis au point dans les années 2000. Les multithérapies sont toujours le traitement de référence du VIH.

Le souhait d'un vaccin est apparu dès la découverte du virus. Les recherches sur un vaccin préventif et sur un vaccin curatif se poursuivent toujours.

### **II.3. La communication, outil traditionnel de santé publique**

Il existe en santé publique une tradition de recours aux outils de communication afin d'obtenir d'une population qu'elle s'abstienne de toute une série de pratiques perçues comme dangereuse ou qu'elle adopte un mode de vie réputé favorable à la prévention des maladies. Elle remonte au XVIIIème siècle, au moins, avec une expansion dans la seconde partie du siècle suivant, notamment du fait de la multiplication des « croisades antialcooliques » et des actions de sensibilisation aux dangers engendrés par ces entités nouvelles qu'étaient alors les microbes. Toutes sortes de moyens furent mis en œuvre au service de cette « propagande » (le terme n'était pas encore connoté négativement) : affiches, tracts et brochures, expositions itinérantes, conférences.(19)

Le début du XXème siècle est marqué une volonté de lutter contre trois fléaux : la syphilis, la tuberculose et le cancer. Face à la pauvreté des moyens thérapeutiques se développe un important arsenal de prévention et d'éducation sanitaire. Les hygiénistes se saisissent des techniques modernes, radio et cinéma, pour établir les premières véritables campagnes de prévention. L'entre-deux-guerres est marquée par un fort engagement pour l'éducation sanitaire.(20)

Après la seconde guerre mondiale, s'impose peu à peu l'idée selon laquelle les principales menaces pour la santé des populations humaines ne proviennent plus des maladies infectieuses. La mortalité liées aux maladies infectieuses a chuté grâce aux nouveaux médicaments (les antibiotiques) et aux campagnes de vaccinations.

La prévention se recentre sur les maladies chroniques, cancer et maladies cardiovasculaires. Ce réaménagement des priorités d'actions s'accroît en raison de sa coïncidence avec le développement des « mass media » et la croyance en leur pouvoir de transformation sociale. En a résulté l'institutionnalisation au cours des années 1970, d'une forme d'action publique dénommée éducation pour la santé, dont les campagnes télévisées engageant à modifier des comportements à risques constituent sans doute les réalisations les plus visibles.(19)

Le Comité Français d'Education pour la Santé nouvellement créé (1972) est en charge de la réalisation de ces campagnes de prévention. Il souhaite rompre avec l'héritage des

mouvements prophylactiques véhiculée par ce qui était appelé l'éducation sanitaire. La mission éducatrice de la médecine préventive y était alors couramment présentée comme une inculcation, aux classes populaires en particulier, de préceptes à appliquer. Le CFES souhaite au contraire promouvoir une définition positive de la santé, il vise à aider des Français autonomes à se libérer de pratiques à risques, à vivre pleinement une vie saine.(21) La première campagne de prévention française recourant aux médias audiovisuels en 1976 concerne le tabagisme.

Lorsqu'arrive le sida, les pouvoirs publics avaient l'habitude de communiquer sur des thèmes de santé dans le cadre de grandes campagnes, notamment dans les domaines de la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme. Le sida est perçu dès son apparition comme un risque mettant en jeu l'ensemble de la société et de son organisation, contrairement au tabac et à l'alcool perçu comme des risques individuels. Le sida est une nouvelle maladie infectieuse transmissible sans vaccin ni arsenal thérapeutique disponible. Des moyens humains, institutionnels et financiers sans précédent sont mobilisés pour la communication publique sur le sida. La communication publique est le moyen mis en œuvre pour lutter contre l'épidémie. Cette communication a initialement pour but d'inciter des individus à se protéger lors des rapports sexuels pour freiner le développement de la maladie.

La communication publique sur le sida a contribué à faire évoluer la communication sur d'autres risques sanitaires. Les agences publicitaires au service de la communication publique ont renoncé au ton très publicitaire. Leurs stratégies ont été plus orientées, sous l'impulsion de l'administration, par des données d'épidémiologie et de sciences sociales, et caractérisées par la combinaison de différents moyens pour atteindre les cibles concernées.(22)

## **II.4. Politique et communication contre le sida en France**

### **II.4.1 Prise de conscience (1982-1985)**

Alors que va débiter l'épidémie sida, François Mitterrand est élu président en France en mai 1981. Le premier ministre est Pierre Mauroy, le ministre de la santé Jack Ralite. Conformément à ses promesses de campagne, François Mitterrand va dépénaliser l'homosexualité. Le 20 décembre 1981, l'Assemblée Nationale vote l'abrogation de l'article 331-2 qui considérait l'homosexualité comme un délit. Le 4 août 1982, cette loi qui décriminalise l'homosexualité en France est promulguée. Le mouvement politique gay, qui a lutté sous la présidence de Valéry Giscard d'Estaing s'essouffle avec la reconnaissance de ses revendications. Le réseau commercial gay et les associations communautaires, proposant des services notamment culturels, sont bien présents.(12)

Lorsqu'arrive en France en 1982 la rumeur venue des Etats-Unis d'une nouvelle maladie touchant les homosexuels, ceux-ci sont peu disposés à le croire. Claude Lejeune, président de l'Association des Médecins Gays et chroniqueur à Gai Pied, écrit en janvier 82 : "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 ?" En avril 82, il conclut un article par "Baiser est dangereux ? Et traverser la rue, alors..." La presse générale parle de « l'étrange cancer gay », « les homosexuels punis...par le cancer » (Le Matin de Paris, 2 janvier 1982)(23)

En juillet 1983, Paris Match publie des photographies d'un malade aux USA et titre en couverture : « La nouvelle peste. Elle est déjà en France. Le SIDA, cette maladie qui terrifie l'Amérique »(15) Toujours en juillet, un reportage conte le vent de panique qui souffle aux USA : les ambulanciers ont peur de contracter la maladie et de la donner à leur famille (ils portent masques et charlottes, mais posent une perfusion sans mettre de gant), les employés des pompes funèbres refusent de toucher les corps des malades homosexuels. Les homosexuels travaillent dans la restauration, ils peuvent probablement contaminer les aliments, certains médecins proposent l'isolement des homosexuels.(24) Les experts médicaux et les pouvoirs publics américains nient la transmission par simple contact ou cohabitation mais on ne les croit qu'à moitié. « Cette maladie -disait une dame américaine interviewée à cette époque- affecte des hommes homosexuels, des drogués, des Haïtiens et des hémophiles, grâce à Dieu elle ne s'est pas encore propagée parmi les êtres humains. » « C'est Dieu qui punit les homosexuels ». Un autre américain déclare qu'il espère que les savants vont trouver rapidement un traitement efficace, puis ajoute « pas trop rapidement. »(11)

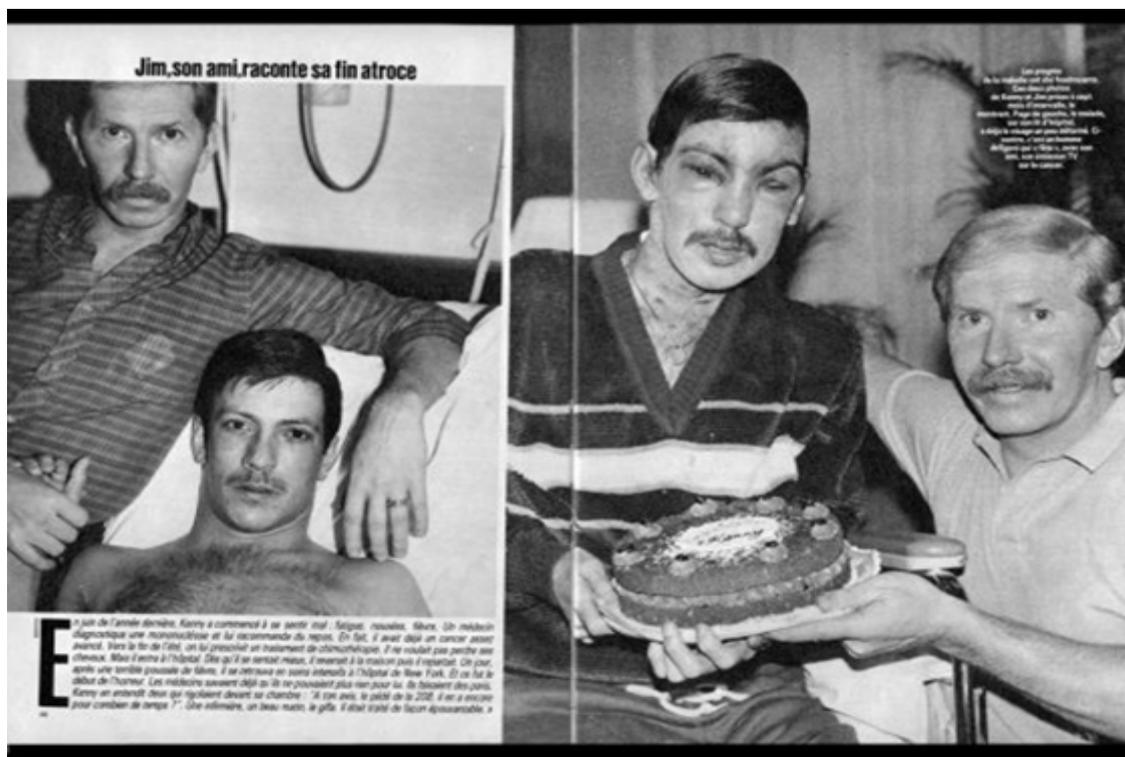


Figure 1 Paris Match 1983



Figure 2 le nouvel Observateur 1985

toilette, un simple baiser, l'usage de verres et d'assiettes communes peuvent-ils transmettre le sida ? (15)

Fin 1985, Line Renaud revient des USA, où elle a découvert le sida : « Je suis arrivée en pleine panique, on ne parlait que de ça. Une panique générale devant le manque d'information. La discrimination a commencé immédiatement ; d'abord les homosexuels, les marginaux, puis les reportages de gosses hémophiles chassés des écoles... Les gens changeaient de trottoir pour ne pas serrer la main à un ami malade, on ne savait pas si ça s'attrapait par la transpiration, en serrant une main, en essuyant la larme d'un enfant... » En septembre 1985, Elisabeth Taylor l'a invitée au premier gala organisé par les artistes pour récolter des fonds pour la recherche. En rentrant en France, elle crée l'association des Artistes contre le sida. Grâce à ses relations et l'appui d'autres artistes, elle réalise un gala et une émission télévision « Au nom de l'amour. ». Le gala permet de récolter un million de francs, l'émission rassemble 10 millions de francs. Ils sont partagés entre l'Institut Pasteur et l'association AIDES, récemment formée.

#### II.4.2 Naissance d'un pouvoir associatif

Aux Etats-Unis, en 1982, alors que la cause de ce nouveau syndrome n'est pas identifiée, les gays et lesbiens créent deux associations qui vont jouer un rôle dans la lutte contre l'épidémie : Gay Men's Health Crisis à New-york et Kaposi's Sarcoma Resarch and

Education Foundation. Témoignage du haut degré de mobilisation politique et des ressources des communautés gays à cette époque, l'apparition de ces organisations marque à la fois la tentative de fournir une aide aux gens affectés par le syndrome mais aussi le souci de relayer rapidement les informations utiles en direction des homosexuels masculins et la volonté de servir de porte parole communautaire pour les questions relevant de politiques publiques.(14)

En France, en août 1983, Patrice Meyer, membre du groupe du travail français sur le sida et de l'association des Médecins Gays crée la première association de lutte contre le sida, Vaincre Le Sida (VLS). Il existe un changement de position de la communauté gay, moins défensif, au fur et à mesure que le sida est mieux défini. La maladie a maintenant un nom, une définition clinique, on sait qu'elle touche d'autres groupes que les homosexuels, le virus LAV vient d'être isolé. L'accueil fait à VLS est tout de même réservé : moins de 100 cas de sida en janvier 1984, dont beaucoup ont séjourné aux USA ; le sida paraît lointain et américain. Au courant de l'été 1984, Claude Lejeune, rédige un tract admettant la gravité de la situation et invite les homosexuels à des mesures volontaires de prévention. Quand explosera le phénomène sida, VLS ne parvient plus à suivre la demande.(12) (P41-P46)

Fin 1984, Daniel Defert, sociologue, Frédéric Edelmann, journaliste spécialisé en architecture au quotidien Le Monde, Jean Florian Mettetal, médecin créent l'association AIDES.

La création d'AIDES entretient un lien évident avec la mort de Michel Foucault. Daniel Defert prend la décision de « faire un mouvement » sur le sida, quand, confronté au décès de son ami, il éprouve ce qu'il perçoit comme une faillite des médecins dans la manière de « conduire cette mort. »(12)(P51-P58) Il a appris la cause de la mort sur le certificat de décès.(15)

Daniel Defert s'inspire de l'association anglaise Terrence Higgins Trust, association homosexuelle de lutte contre le sida, qui s'inspire elle-même des associations américaines. L'association a pour objectif principal de lutter contre l'isolement du malade. AIDES souhaite intervenir comme un médiateur entre le médecin, le malade et ses proches. Les rapports sociaux qui se construisent sur cette fonction de médiation seront le point d'appui de pressions visant à modifier les comportements tant des médecins et des équipes soignantes que des malades (l'aide psychologique permettant de les aider à changer de mode de vie) et des volontaires (à travers leur formation).(12) L'association souhaite aussi se préoccuper de l'aide à la recherche et de l'éducation du public. AIDES ne s'est pas positionnée dans l'espace

publique en tant qu'association homosexuelle, mais en tant que médiateur. Un des enjeux importants consistait à éviter qu'à travers la maladie surgisse une homophobie.(8)

Le noyau des dirigeants de l'association est socialement homogène. Ceux qui le composent, en plus de partager les mêmes préférences sexuelles, appartiennent à la même génération et ont connu des trajectoires semblables. Tous ont suivi une formation universitaire longue, dans une période marquée par mai 68. Homosexuels, ils ont vécu le mouvement de libération sexuelle des années 1970 en suivant de plus ou moins près l'expérience du Front Homosexuel d'Action Révolutionnaire pour ensuite participer aux manifestations du Comité d'Urgence Anti-Répression homosexuelle, mais sans pour autant s'engager dans le militantisme homosexuel. Universitaires, avocats, médecins, journalistes, ils n'occupent pas (ou pas encore) de position dominante dans la hiérarchie de leur domaine professionnel respectif.(12)(p51-P58)

Des liens seront rapidement tissés avec le groupe français de travail sur le sida, d'autant que, préférences sexuelles exceptées, ceux-ci présentent grosso modo la même trajectoire. AIDES propose un dispositif qui lie informations sur le sida, discours de prévention, appel à la mobilisation, écoute téléphonique, proposition de prise de contact et organisations de réunions ouvertes hebdomadaires. La permanence téléphonique occupe une position centrale. En un peu plus d'un an, AIDES attire 1200 adhérents, peut mobiliser 200 volontaires, parvient à créer un groupe sur Marseille et dispose de correspondants dans plusieurs villes de France. Les médecins du groupe français de travail sur le sida acceptent de contrôler la qualité et la rigueur des informations scientifiques. La maîtrise des connaissances médicales et scientifiques relatives au virus, à la maladie et à l'épidémie est d'emblée posée comme une priorité stratégique. Ce choix permet à AIDES d'être reconnue et acceptée dans les services hospitaliers. Il place l'association dans une position d'expert, délivrant de l'information sur l'épidémie à des praticiens libéraux, à des infirmiers et à des travailleurs sociaux, peu au fait des connaissances médicales sur le sida. AIDES gagne du crédit et attire ainsi des professionnels de santé.(12)

### **II.4.3 La non intervention de l'état (1982-1985)**

Avant même de parler de gestion politique de l'épidémie, il faut rappeler que l'administration de la santé est peu armée pour faire face à une nouvelle épidémie de nature infectieuse.

L'inaction gouvernementale est une manifestation d'un problème plus large qui touche à la façon dont l'état organise la Santé Publique. Or, il s'agit là d'une question pérenne en France depuis la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, qui revient régulièrement sur le devant de la scène chaque fois qu'une situation de crise vient révéler l'ampleur du dysfonctionnement.

Cette fois ci, face à une épidémie d'un type nouveau qui renvoie les autorités sanitaires à un passé où la médecine était dépourvue de traitement efficaces et de vaccin, le dispositif de santé publique montre son incapacité à se servir de la seule arme qui lui reste : la prévention.(12)(p79-80)

Il existe, au début des années 1980, un ensemble de dispositions juridiques régissant la lutte contre les maladies infectieuses, mais il date du début du siècle et n'a connu que des modifications ponctuelles. L'administration ne peut s'appuyer que sur un arsenal de mesures (déclaration obligatoire, injonction thérapeutique, placements à des fins sanitaires dans des établissements spécialisés) qui ont perdu de leur pertinence politique et sociale depuis déjà plusieurs décennies.

Dans la seconde moitié du siècle, le développement des pratiques vaccinales, la révolution thérapeutique de l'antibiothérapie et la diffusion auprès des praticiens de ville de ces nouveaux outils ont profondément modifié l'organisation sociale de la lutte contre les maladies infectieuses. La médecine libérale tend à supplanter de plus en plus une hygiène sociale dont les méthodes et les institutions (en particulier le réseau de sanatorium anti tuberculeux) sont tombés en relative désuétude.

Le déclin des maladies infectieuses et la montée concomitante des « inadaptations », des « handicaps », « des maladies chroniques et dégénératives » modifient la palette des problèmes relevant de la santé publique. La question des modalités de prise en charge et de

suivi des malades hors de l'hôpital devient centrale pour l'organisation du système de santé. Les structures spécifiques à une pathologie donnée se multiplient, et les initiatives privées des malades ou de leur famille jouent un rôle moteur. Elles s'imposent comme partenaire indispensables des institutions publiques. La prolifération des structures spécialisées conduit à la constitution d'un ensemble disparate. Dans ces conditions, il est souvent difficile de mettre en place une politique de santé sectorielle et à fortiori globale.

Le processus de marginalisation de l'hygiène sociale s'accompagne d'une évolution de conception de ce que doit être la santé publique. Il ne s'agit plus tant de mettre en œuvre, avec l'autorité conférée par la loi, des techniques d'intervention de masse sur une population sommée d'obéir, mais bien plutôt de s'ajuster à une nouvelle représentation sociale du « public ». Celle-ci voit dans le public une addition d'individus répondant au même idéal type : un sujet autonome, libre de ces choix, responsable de ses actes et de son mode de vie. On notera que se rapporter à un tel modèle individualiste, pour penser la santé publique, impose de croire dans les capacités de rationalisation de l'individu face aux risques. En effet, on ne peut espérer produire des réponses collectives en s'adressant à « l'individu » que si l'on pense que, guidé par leur raison, tous les individus vont agir ainsi « comme un seul homme. » La modification volontaire des pratiques devient donc la finalité de toute intervention. Aussi l'information et l'éducation à la santé tendent à prendre le pas sur les mesures judico-administratives.

La DGS (direction générale de santé), dont la vocation est de faire appliquer une politique globale, dispose alors de peu de moyens.

En 1981, le décret séparant la DGS de la direction des hôpitaux lui a laissé une certaine autonomie organisationnelle. Elle est structurée en 4 sous-directions. C'est la sous-direction « épidémiologie, prévention et éducation sanitaire », elle-même divisée en 4 bureaux, qui coiffe l'ensemble des moyens d'intervention lié aux épidémies. Mais ces moyens ne sont guères utilisables quand apparaît une maladie nouvelle, encore mal définie sur le plan de sa clinique, de son épidémiologie et de ses modes de transmission. Dans ce cas, pour pouvoir clarifier la situation de l'épidémie, un bon appareil scientifique et médico-administratif est nécessaire (type CDC aux USA). Hors la DGS hérite d'un dispositif médiocre. Il n'existe que de rares registres départementaux pour les cancers, dans les années 1980, il n'est guère plus consistant pour les pathologies infectieuses. Pas de structure de surveillance des maladies infectieuses, pas de structure de recherche, la dernière unité de recherche sur les maladies infectieuses qui restait à l'INSERM vient d'être fermée.

Un des seuls instruments dont dispose la DGS pour l'information et l'éducation à la santé est le comité français d'éducation pour la santé (CFES) dont elle a récupéré la tutelle. D'où une « crise d'identité » et le sentiment d'être une direction sans véritable pouvoir, qu'alimentent les fréquentes restructurations dont elle fait l'objet.(12)(p79-84)

Les militants associatifs ont occupé un terrain déserté par l'Etat, et ont acquis une reconnaissance auprès des médias et du public. Les rapports des responsables d'AIDES avec l'état, sous le gouvernement de Laurent Fabius, premier ministre de juillet 1984 à mars 1986, sont, dès le départ, marqués par l'ambivalence. Si le discours associatif se fait rapidement critique et insiste sur l'immobilisme des pouvoirs publics face à l'épidémie, il exprime en même temps un à priori de méfiance sur ce que cette intervention pourrait être. Leur préoccupation première est d'éviter que les mesures prises portent atteinte à la liberté des individus, et leur suspicion s'enracine de l'expérience qu'ils ont eue de la politique. La plupart des fondateurs se sont confrontés aux pouvoirs publics dans les années 1970, ils étaient alors situés dans une mouvance d'extrême gauche. Puis ils se sont mobilisés dans les luttes revendicatives homosexuelles dans les derniers temps de la présidence de Valéry Giscard d'Estaing. D'où la crainte que cette épidémie soit une occasion pour l'état de réactiver des mesures coercitives vis-à-vis des homosexuels (fermeture des lieux de sociabilité des homosexuels, fichage des malades du sida), sous le prétexte d'un enjeu de santé publique. L'intervention de l'état est à la fois souhaitée et crainte.(12)

L'enjeu pour les socialistes est de parvenir à équilibrer plusieurs exigences. Il faut garder les voies électorales des homosexuels majoritairement de gauche, mais ils souhaitent aussi capter les voies du centre droite, majoritairement catholiques. Le gouvernement essaie de minimiser le problème face à un phénomène jugé encore marginal.(12) Le sida ne se présente pas en France à ses débuts comme un fléau décimateur, rappelons que le nombre cumulés de sida recensé est de 180 en France en juin 1984.(11)

Les médecins du groupe de travail sur le sida restent trop marginaux pour que leur alerte porte jusqu'au ministère. Ils ont essayé de mettre en place un réseau épidémiologique capable de recenser les cas sur tout le territoire. Le dispositif rudimentaire mis en place

permet une première enquête publiée en janvier 1983. La DGS engage le docteur J-B. Brunet, responsable de la première enquête, pour développer ce dispositif de surveillance. Lequel devient une structure officielle en août 1985 sous la dénomination de Réseau décentralisé d'Information. P85/86 Si le groupe de travail sur le sida est actif et soutenu par un bureau de la DGS, si celle-ci adresse à tous les médecins (le 20 juin 1983) une circulaire sur le dépistage des « personnes à risque » venant donner leur sang dans les centres de transfusion, les initiatives prises restent celles d'agents sans grande influence sur les décisions politiques.

La voix des médecins du groupe de travail sur le sida est en partie couverte par celles des experts qui s'attachent à rassurer des politiques qui ne demandent qu'à l'être. « Cette peur de la peur » comme l'écrit Michel Pollak, guide la stratégie des politiques. Soumis à une double contrainte (alerter sur une maladie transmissible et mortelle dont les caractéristiques sont incertaines sans stigmatiser les porteurs du virus), le discours est plein de précaution et d'optimisme. La diffusion de l'épidémie VIH restait faible en France, rien n'interdit de parier sur l'imminence des victoires de la science médicale. Tout le monde espère un vaccin, permettant une prophylaxie de masse.(12)

A partir de 1985, un tel optimisme n'est plus de mise, la lutte scientifique contre la maladie s'avère beaucoup plus difficile que prévue.

La mise en place des tests de dépistage, la même année, modifie les données du problème en rendant inévitable l'entrée en scène des pouvoirs publics. Les premières données de contamination par le virus, établies à partir des donneurs de sang, font apparaître un développement insoupçonné de l'épidémie.(12)(p87-88) Les pouvoirs publics doivent d'abord intervenir sur la question des risques de transmission sanguine, rendre obligatoire des mesures prophylactiques (introduction d'une opération de chauffage dans la préparation des dérivés plasmatiques) ainsi que le dépistage de la séropositivité chez les donneurs de sang.(12) Le premier ministre annonce, en juin 1985, la décision de dépistage des dons du sang au premier octobre 1985.(25) Quelques critiques concernant le retard de plusieurs mois pris par les autorités sont émises, sans trouver beaucoup d'échos. Personne n'imagine alors que le scandale du sang contaminé vient de commencer.

La question du dépistage de la population se pose. Un débat s'engage, opposant les tenants d'un dépistage systématique et ceux d'un dépistage volontaire et anonyme.

A AIDES, le rejet du dépistage systématique est posé comme principe fondamental de la lutte contre le sida. Plusieurs arguments sont avancés pour justifier le refus d'utiliser cet outil. D'une part, le dépistage obligatoire remet en cause la liberté individuelle et la responsabilité de choix des individus. La crainte que le dépistage soit l'occasion d'un fichage est exprimée. D'autre part, des conséquences désastreuses sur les patients sont à craindre. L'annonce d'un résultat positif est d'autant plus déstabilisante qu'il n'existe aucune thérapeutique. Il n'est nul besoin de connaître son statut sérologique pour adopter un comportement préventif : il suffit de prendre systématiquement les précautions adéquates.

Pour les tenants de la position adverse, l'intérêt du dépistage obligatoire est double. D'une part, il rend possible l'intervention auprès des personnes séropositives pour qu'elles ne diffusent pas le virus, d'autre part, il est nécessaire pour améliorer la connaissance et la surveillance épidémiologique. Les deux argumentations se situent à des niveaux de réalité différents. Les uns soulignent les conséquences néfastes pour un individu contraint de savoir alors qu'on ne peut rien faire pour lui, les autres plaident pour une mesure ouvrant la possibilité d'une meilleure maîtrise de l'épidémie. Mais les tenants du dépistage obligatoire se heurtent au problème de sa mise en œuvre : comment l'organiser ?(12)(p89-90) Des frais considérables seraient engagés pour ne donner qu'une image instantanée de l'épidémie.

Le sida est médiatique, connu de la population française, et la question du dépistage appelle une décision politique.

En 1985 les échéances électorales proches retardent la prise en charge politique de la question. Il faudra attendre l'arrivée au pouvoir de la nouvelle majorité de droite en mars 1986 avec Jacques Chirac nommé Premier Ministre suite à la défaite de la gauche aux élections législatives. Michèle Barzach est nommée Ministre de la santé. (12)

#### **II.4.4 La politique de Michèle Barzach (1986-1988)**

Le gouvernement de Jacques Chirac entre en scène alors qu'il devient urgent d'agir. Les tests de dépistage disponibles ont révélé une épidémie d'une ampleur importante. Depuis l'émergence du sida en 1981 jusqu'en 1986, le grand public est perçu comme étant à l'abri d'une propagation hétérosexuelle du sida. L'explosion de la transmission hétérosexuelle en Afrique inquiète. La prise de conscience de l'ampleur de l'infection chez les toxicomanes fait,

elle aussi, émerger la crainte d'une diffusion vers la population hétérosexuelle, bien que le mode de transmission le plus répandu soit alors lié aux relations entre hommes.(12) La presse dramatise et prédit une catastrophe imminente et une progression géométrique de l'épidémie. Dans d'autres pays occidentaux, des campagnes de masse ont débuté.

La nouvelle ministre de la santé, Michèle Barzach, fait du sida sa priorité politique. Priorité justifiée entre autre par le fait que la France connaît une situation particulière : elle est le pays d'Europe le plus touché alors que le virus y a été découvert. L'occasion est belle pour Michèle Barzach de gagner un surcroît de légitimité en imprimant sa marque personnelle à l'intervention de l'état. Sa position sociale est un atout important dans le champ politique et vis-à-vis des médias : femme, mariée, mère de famille et médecin gynécologue, elle peut se prévaloir de compétences techniques en matière de santé et d'une certaine distance vis-à-vis de l'univers du sida.(12)(p90-91)

Ça n'est pourtant pas si simple pour le gouvernement de débiter la lutte contre le sida. Le gouvernement hésite à parler d'une maladie dont les caractéristiques cliniques sont incertaines, le caractère léthal mal apprécié, et qui touche des groupes considérés comme marginaux. La maladie touche au domaine privé, celui de la sexualité. Les responsables politiques sont également soucieux de ne pas susciter l'hostilité d'une partie de la population conservatrice, et de certains membres du Clergé.(22)

Michèle Barzach a une approche du problème que l'on peut qualifier de libérale. Elle est en effet semblable, dans ses principes de base (refus de toute stigmatisation des porteurs du virus, des homosexuels, refus du dépistage obligatoire) à la position adoptée dans la plupart des pays occidentaux, et rejoint la position des associations. Michèle Barzach va d'emblée coopérer avec les associations et le milieu hospitalier directement impliqué dans la prise en charge des malades. Il y existe un consensus gauche/droite et un rejet des positions de l'extrême droite, ce qui assoit la ministre.(12)(p93) Cette option « moderne libérale » primera finalement sur les décisions politiques prises, mais traverse une passe difficile dans les années 1987-1988.(26) De nombreux états dans le monde ont pris des mesures que l'on peut qualifier d'antilibérales. Les USA et l'URSS ont instauré un contrôle aux frontières, des sidatoriums sont créés à Cuba.

En France l'extrême droite, représentée Jean Marie Le Pen, exprime ses propositions de lutte contre le sida dans l'Heure de Vérité en mai 1987 : le dépistage doit être obligatoire ; les « malades atteints de sida », les « sidaïques » sont des espèces de lépreux contagieux par simples contacts et doivent être enfermés dans des « sidatoriums ».(27)

Le journal l'Express revient sur ces propos : «(...) Entraînés dans ce tourbillon, les scientifiques cherchent le ton de leurs répliques. Leur angoisse : se retrouver pris au piège de leur déontologie. Elle les oblige à ne rien avancer qui ne soit prouvé, mais aussi à ne rien exclure à priori. Quand Le Pen affirme qu'on peut attraper le sida par la salive ou la transpiration, ils répondent outrés : « Faux, aucun cas avéré dans le monde ! » mais si on leur demande : « Excluez vous que cela se produise un jour ? », ils s'interdisent, par rigueur scientifique, de répondre non. Piège. » (26) Les arguments scientifiques seuls ne peuvent pas répondre aux peurs et aux diverses réactions engendrées par l'épidémie.

Sans volonté politique forte en faveur de la non stigmatisation des malades, la lutte contre le sida aurait pris un autre visage, avec probablement des mesures juridico-administratives collectives « classiques » primant sur la prévention dirigée vers l'individu. Claudine Herzlich, directrice du CERMES (centre de recherche médecine, science, santé et société), revient sur ce qui a pesé dans la balance en faveur d'une politique de non discrimination et de solidarité versus une politique coercitive : un attachement aux droits individuels dans un contexte politique international momentanément apaisé, un consensus libéral déjà assez fort parmi les chercheurs, médecins et professionnels de santé publique, et surtout l'implication sans précédent de la société civile par l'intermédiaire des associations dans la gestion d'une crise sanitaire.(25)

L'élaboration de la politique gouvernementale s'appuie sur le rapport d'un groupe de travail dirigé par le Pr Rappin, rapport examiné en février 1986 à la DGS.

Le groupe préconise de développer des enquêtes épidémiologiques, de donner une information grand public sur la transmission du virus afin d'éviter des préjudices sociaux vis-à-vis des malades ou groupes à risque, de valoriser le dépistage basé sur le volontariat. Le rapport propose l'abrogation de l'article L. 282 du code de santé publique concernant l'interdiction de la publicité sur le préservatif, la vente libre de seringues et leur distribution aux consommateurs de drogue.

En réponse à ce rapport, en 1986, le test de dépistage est remboursé par la sécurité sociale, les Centres de Dépistages Anonymes et Gratuits ouvriront leurs portes en 1988. Le sida devient une maladie à déclaration obligatoire et prise en charge à 100% par la sécurité sociale, la loi interdisant la publicité pour le préservatif est abrogée, des seringues sont en vente libre à titre expérimental dans les pharmacies.



**Figure 3** Affiche campagne 1987

En 1987 le budget pour la lutte contre le sida augmente, incluant un programme de recherche publique (futur Agence Nationale de recherche contre le sida), et la création des Centre d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH) chargée de coordonner régionalement les hôpitaux et professionnels engagés dans ce domaine. (12)(p93-94)

Le sida est reconnu comme « grande cause nationale ». La première campagne de prévention, en avril 1987, est lancée. Un spot télévisé, avec ce slogan : « Le sida, il ne passera pas par moi » est diffusé. En octobre 1987, une deuxième campagne est diffusée au cinéma : « Le sida, il ne passera pas par nous ». Elle met en scène un jeune couple, un garçon et une fille, rompant une ligne rouge qui symbolise l'épidémie. Donner à voir une jeunesse qui respire la normalité (un couple hétérosexuel représentatif de la jeunesse classe moyenne), permet de proposer une image politiquement correcte de la prévention du sida. Cette campagne diffuse implicitement le message d'une épidémie susceptible de se diffuser dans la société par l'intermédiaire d'une population « fragile ». Les adolescents sont considérés comme en recherche de leur sexualité, avec possibilité de souhaiter tester des drogues... A la fin du spot diffusé au cinéma apparaît un préservatif. C'est la première fois qu'une campagne grand public fait référence au préservatif.

Cette campagne dessine les grandes lignes de ce qui justifie la transformation du sida en cause nationale impliquant toute la population : le devoir moral et politique d'alerter les jeunes sur les risques qu'ils courent et leur donner les moyens de s'en prévenir.(12)(p103-106)

#### **II.4.5 La multiplication des associations (1984-1991)**

L'épidémie s'installe et tout porte à croire qu'elle va durer. La mobilisation pour la lutte contre le sida prend de l'ampleur. Parallèlement à l'intervention de l'Etat, le mouvement associatif se diversifie, se spécialise et se multiplie. L'état prend à son compte de nouveaux chantiers, les campagnes d'information vis-à-vis de la population générale (via les jeunes) et

la question mère/enfant. Les populations visées par cet élargissement suscitent des vocations associatives. De façon répétée, des petits groupes de volontaires quittent AIDES et fondent de nouvelles associations.(12) (p107-108)

En septembre 1985, se crée ARCAT-SIDA, Association pour la recherche clinique contre le sida et sa thérapeutique. Elle est fondée par deux médecins et a initialement pour but de soutenir des projets de recherche clinique. Le PDG d'Yves Saint Laurent accepte en 1986 de prendre la tête d'ARCAT. En 1987, Frederic Edelmann et F. Metteal, d'AIDES, rejoignent ARCAT. Cette association se positionnera comme professionnelle, experte sur le sida, sans privilégier ni représenter aucune identité (tel que séropositifs, malades, homosexuels). La fabrication d'une revue, Sida 89, ensuite Le Journal du sida, a pour objectif une information complète et impartiale de l'actualité sur le sida, notamment sur la recherche et les essais thérapeutiques en cours.(8)(12)

Dans le courant 1986, une institution se crée sous le nom d'APARTS, afin de gérer des appartements thérapeutiques pour les malades du sida. Elle est constituée sur la base d'une collaboration entre AIDES et le groupe des Gais pour les libertés. Elle est fondée par le psychiatre Didier Seux, qui participe aux activités du groupe de travail français sur le sida. Une autre rupture se crée au sein d'AIDES, et conduit en 1986 à la fondation de Santé et Plaisir gai, qui va développer la prévention en milieu gay du Safe sex (Sexe sans risque.)

Myriam Mercy tente à la fin des années 1980 d'inscrire le problème des femmes et de la transmission mère enfant à l'agenda d'AIDES. N'y parvenant pas, elle fonde SOLENSI (Solidarité Enfant Sida), association qui souhaite aider les enfants et mères séropositifs.

D'autres personnes, souhaitant s'engager dans la lutte contre le sida mais se sentant distant de l'univers social des dirigeants d'AIDES, fondent des associations.

Stéphane Manton, militant du parti RPR, crée l'Association des Jeunes contre le Sida. Elle cible ses interventions en s'adressant aux mouvements de jeunesse et surtout aux élèves des lycées et collèges de la région parisienne.

Didier Jayle, médecin, fonde l'Association de Prévention du Sida (APS), puis le CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida) à partir de 1989. Le CRIPS, dispositif parapublic financé entre autre par le conseil régional d'Ile de France, a pour mission

de collecter, centraliser et mettre à la disposition des professionnels, des politiques et des associatifs, le maximum d'information relatif à la lutte contre l'épidémie.(12) (p120-136)  
Ces associations sont fondées pour offrir des services spécifiques à un public ciblé. En 1990, une centaine d'associations sida existe en Ile de France. (8)

A la fin des années 1980 début des années 1990, d'autres associations vont naître, ayant en commun la critique des formes d'engagement de leurs aînées. La première génération d'association a opté pour une posture distanciée de médiateur, les associations dites de deuxième génération ont choisi de s'identifier publiquement comme rassemblant des victimes de l'épidémie.(8)(p45) Plusieurs éléments d'ordre contextuel ont facilité la possibilité de se positionner en tant que malades ou qu'homosexuels : le recul de la stigmatisation du spectre de la stigmatisation, et l'entrée en scène d'une nouvelle figure, celle du séropositif, qui en rompant la dichotomie malade/non malade, a joué un rôle indéniable dans la mobilisation.

Act-Up est créée en 1989 à l'initiative de Didier Lestrade, homosexuel venant de découvrir sa séropositivité, journaliste à Gai-Pied et chroniqueur musical à Libération, de Pascal Loubet, journaliste à Rock and Folk, et Luc Coulavin, journaliste à Gai-Pied. Les créateurs sont des journalistes primo militants, contrairement aux fondateurs d'AIDES ou ARCAT. P54 Sa référence explicite est l'association Act-Up New-York, créée en 1987 après une scission du Gay Men's Health Crisis. Ses militants ont trouvé aux USA le modèle d'une communauté gay fière et forte qui entend faire valoir à la fois un style de vie et des revendications politiques concernant le fléau qui la décime.

Pour Act-Up, l'enjeu de la lutte contre le sida est essentiellement politique. Pour Act Up, AIDES, en prenant une posture distanciée de la condition de malades ou d'homosexuels touchés par l'épidémie, a contribué à rendre ceux-ci invisibles au plan politique, renforçant ainsi leur exclusion et leur stigmatisation. Act Up considère qu'AIDES, débordée par ses actions de terrain, s'est révélée incapable d'engager un combat politique. Act Up reproche à AIDES de dépendre des subventions d'état, d'être devenue prisonnière, d'avoir sacrifié progressivement sa liberté d'expression à leur source de financement. Les militants salariés sont désormais plus attachés à conserver leur statut qu'à défendre coûte que coûte leur revendication.

Les critiques d'Act-Up portent sur l'incapacité des partis politiques à s'engager efficacement dans la lutte contre l'épidémie. Act Up a dénoncé plus particulièrement les partis de gauche, qui se disent progressistes, qui se sont révélés maintes fois homophobes et puritains, porteurs en définitive des valeurs dominantes de la société. Avec la mise en place

d'un système de démocratie direct et le rejet du salariat, Act Up a voulu remettre en cause le modèle du centralisme syndical et contrecarrer la dérive bureaucratique qui grève l'efficacité des associations de première génération.

Pour Act-Up, le sida ne frappe pas au hasard mais il touche des catégories spécifiques, homosexuels, toxicomanes, minorités ethniques. L'impulsion est donnée à Act Up par les homosexuels. Pour Act-Up, il faut éviter que la communauté homosexuelle " se replie sur elle même et mise sur des réseaux de solidarité internes pour gérer son deuil se transformant finalement en ghetto où l'on crève en cachette." Le ghetto n'est pas la conséquence de l'affirmation communautaire mais au contraire un phénomène de retranchement hors du débat public. Le choix n'est pas d'être une communauté ou non, mais d'être une communauté dominée ou une communauté forte. Act-Up dénonce: les pouvoirs publics sont insuffisamment actifs, l'Eglise est répressive et adopte des positions qui vont à l'encontre des messages de prévention, et les industries pharmaceutiques sont peu engagées dans des recherches concernant une demande largement insolvable.

Les actions d'Act-Up vont être marquées par le passé de journalistes des fondateurs, qui savent mobiliser et utiliser les médias. Les actions d'Act-Up sont des mises en scènes violentes et percutantes, mimées sur celles d'Act-Up New York. Cette visibilité va leur permettre de devenir un interlocuteur incontournable des pouvoirs publics.(8)(p55-56)

Positifs est aussi créé en 1989. Elle n'a aucune affiliation avec le mouvement homosexuel. C'est au sein de Positifs qu'Action Traitement a vu le jour en 1991, à l'initiative de Marc Régnard, informaticien, et Xavier Coquais, technico-commercial dans le bâtiment.

Les caractéristiques de ces fondateurs et des principaux militants sont différentes des militants des autres associations. La présence des classes moyennes supérieures, et des métiers spécifiques du travail social, médical et intellectuel y est moins marquée. Ce sont par ailleurs des associations de taille réduite et centrant leur action spécifiquement sur les traitements et la recherche thérapeutique.

Les critiques que Positifs a formulées contre les associations de première génération sont virulentes. Ces associations, AIDES en tête, ont pu être considérées comme de véritables usurpatrices de la parole des malades.

Pour Action Traitement, créée en 1991, la dignité des malades est principalement affectée par le rapport de soumission et d'attente que leur confère le statut de patient, qui est incompatible avec l'urgence liée au sida. La restauration de la dignité des malades doit se faire par le

basculement de cette posture de "patient" à celle du "consommateur de soin."

(8)(p55-56)

#### **II.4.6 Mise en place des institutions (1988-1989)**

Lorsque la gauche revient au gouvernement en 1988 avec la victoire de François Mitterrand à l'élection présidentielle, elle ne peut guère s'écarter de la politique de lutte contre le sida initiée par Michèle Barzach. En effet cette politique libérale, source principale de la popularité de la ministre, a pour pilier l'alliance des pouvoirs publics, médecins et associations. Engager une autre politique aurait donc pour coût éventuel la rupture de ce consensus.

Dans le même temps, les associations se sont développées et ont élargi la palette de leurs interventions.

Michel Rocard est nommé premier ministre, Claude Evin est nommé Ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale. Les mesures prises par Michèle Barzach indiquaient une direction, il reste à construire un cadre avec des institutions qui permettent de donner une cohérence à la politique de l'Etat. Il est coutumier, pour un ministre, avant tout nouveau chantier politique, de commander un rapport. A la suite du rapport du Pr Got, le gouvernement décide en 1989 de créer trois agences aux attributions complémentaires : l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida (ANRS), le Conseil National du sida (CNS), et l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS). A ces 3 agences s'ajoutent la création d'une Mission sida à la Direction des hôpitaux, et une Division sida à la DGS.

L'AFLS a pour domaine la communication publique sur le sida, des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

L'ANRS a pour mission d'aider au développement de la recherche sur le sida, dans toutes les disciplines des sciences biomédicales, de la recherche clinique, de la santé publique et des sciences humaines et sociales. L'ANRS, en remplissant sa fonction de pourvoyeuse de fonds et d'orientation de la recherche, va faire de la recherche sur le sida un domaine largement organisé et piloté par les pouvoirs publics. L'ANRS va piloter de nombreux essais thérapeutiques (Concorde sur l'AZT, Delta pour les bithérapies). L'ANRS s'associe à son homologue anglais, obtenant ainsi une visibilité internationale. Elle finance également des études sociologiques, dont les enquêtes KAPB (Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices),

qui étudient donc les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida de façon régulière à partir de 1992.

Le CNS fait fonction de comité d'éthique spécialisé, donnant son avis sur les problèmes de société posés par le sida. Il est une institution neuve sur son principe. Le CNS marque l'introduction officielle de l'éthique sur le terrain de la santé publique, traduisant le souci du pouvoir public de mettre en œuvre des pratiques préventives certifiées moralement conformes. Cela permet aussi théoriquement à l'Etat de neutraliser les implications politiques éventuelles d'une question par le seul fait de demander un avis autorisé au CNS.

La Mission sida doit répondre aux questions de prise en charge médico-sociale des patients, la Division sida aux suivis épidémiologique et de dépistage.(12)(p 161-165)

#### **II.4.7 L'AFLS (1989-1994)**

L'AFLS a pour domaine la communication publique sur le sida, des actions de prévention et d'éducation pour la santé, ces sujets politiquement difficiles à traiter. Le rapport Got suggérait une structure souple interministérielle pour traiter ces questions. L'AFLS a un rôle inconfortable, elle doit partager son terrain d'action avec les associations. L'agence est créée en mai 1989 sous la forme d'une association loi 1901. Cette structure est souple juridiquement, mais elle n'a pas les pouvoirs d'une administration. Elle est à la fois la voix de l'Etat, et à la fois théoriquement indépendante.

Elle est dotée à sa création d'un budget de 45 millions de francs. Deux axes majoritaires sont dégagés : la communication, et le développement d'un marché des actions de terrain. L'AFLS veut constituer un réseau d'intervenants privés ou publics qu'elle souhaite coordonner.(12)

### **II.4.7.1 Le développement d'un marché des actions de terrain**

L'AFLS va lancer des appels d'offre à projet, et sera submergée par les demandes. Elle financera un grand nombre de projets et d'interventions, avec plus de difficulté concernant la coordination. Elle n'a pas d'autorité directe sur les instances publiques ou privées s'occupant du sida, elle dispose par contre de fond. Les associations sont conscientes qu'elles ne peuvent pas se passer du soutien financier de l'état, leur besoin d'argent offre une prise à l'agence. Les candidats publics ou privés souhaitant recevoir un financement doivent monter un projet et respecter un cahier des charges. L'introduction de ces règles du jeu dans l'espace sida produit des effets d'homogénéisation.

350 dossiers sont déposés, l'AFLS est un peu surprise et submergée. 227 dossiers sont acceptés, mais ce sont des projets très hétérogènes, une coordination avec une politique commune va être difficile à mener. De plus les populations les plus à risques sont peu incluses dans les projets. La stratégie est à redéfinir, il devenait impératif de nouer des accords avec les principaux partenaires administratifs et de revoir les rapports avec les grandes associations sida.

L'AFLS s'attache alors à passer des accords avec les ministères intéressés par la prévention du sida. L'AFLS cherche à apaiser ses relations avec les associations dont la collaboration lui est indispensable et passe des conventions à l'année hors appel d'offre avec AIDES, ARCAT et le CRIPS. Parallèlement, un nouvel appel d'offre est préparé visant les populations cibles manquées. L'AFLS négocie avec AIDES le changement d'échelle et l'autonomisation de son service d'écoute téléphonique et de son secteur formation, ce qui conduira à la mise en place de Sida Info Service (SIS).

Le projet de création de Sida Info Service (SIS) prend forme dès la fin de l'année 1990. Une permanence téléphonique 24h/24h permet aux appelants de disposer d'écoute, de soutien et d'une information fiable sur le sida. La ligne est un succès. Le service d'écoute pourra être engagé, à partir de 1992, dans une campagne de prévention secondaire, pour inciter aux soins et aux tests de dépistage.

L'AFLS provoque des réunions avec des représentants des différents ministères (éducation nationale, jeunesse et sport, culture, justice, intérieur, défense) afin d'établir des collaborations pour développer des activités d'information et d'éducation.

Un bus d'information pour les prostituées est organisé, les intervenants étant elle-même des prostituées. (12)(p179-191)

## **II.4.7.2 La communication de l'AFLS**

### **II.4.7.2.1 Choix stratégiques**

Dès mars 1989, le président de l'AFLS, Dominique Coudreau, présente un document d'orientation à la presse. Des principes qui vont guider la communication sur le sida durant plusieurs années sont énoncés : adresser un message générique sur le sida à l'ensemble de la population, traiter la communication sur le préservatif de façon distincte, adresser des messages adaptés aux différents groupes concernés (aux groupes à risques), la prévention passe par la lutte contre l'exclusion, être dans un juste équilibre entre peur et raison, utiliser l'ensemble des techniques de communication et agir dans la durée.

Ils ont pour objectifs d'impliquer chacun dans la prévention et de parer aux risques d'exclusion des malades.

Ces choix stratégiques, comme la dissociation préservatif/sida, seront discutés et parfois dénoncés, notamment par les associations. Ce choix a pourtant été fait en concertation avec Daniel Defert (AIDES), Jean-Baptiste Brunet (DSG), Jean François Metteal (ARCAT), Didier Jayle (futur fondateur du CRIPS).

Le préservatif, à cette époque d'après les études disponibles, a une connotation péjorative. Elles montraient que pour les gens, le préservatif c'était synonyme de bordel, prostituées, adultères.(22)

Cette séparation, qui restera une position constante pour les années à venir, répond au souci de neutraliser les effets possibles tant de stigmatisation que de déni que peu générer tout discours articulant, même indirectement, risques de contaminations et groupe à risque. Par rapport au sida, encore davantage que pour d'autres maladies mortelles, des mécanismes de déni occultent la réalité de la maladie : « tout le monde est concerné, sauf moi. » Il faut donc lever ces mécanismes et provoquer une prise de conscience du risque sida, réelle et individualisée.(12)

Il n'est pas question pour le moment de s'adresser aux homosexuels à travers la presse grand public (ne pas risquer de stigmatiser les homosexuels ni de démobilisation de la population générale) ni aux toxicomanes. L'AFLS souhaite atteindre ces cibles par des canaux spécifiques.

Le sida place les pouvoirs publics face à un autre problème délicat : comment faire passer le message préventif sans provoquer de dramatisation excessive qui alimenterait des réactions répressives médicalement injustifiées ?

Dès lors qu'il vise une intervention de santé publique en matière de prévention de la transmission de la maladie, le message des experts et des autorités responsables revêt, presque inévitablement, un caractère dual de réassurance et d'alarme.

Il importe de rendre la maladie proche, de provoquer des phénomènes d'identification, de donner à la maladie un visage humain, pour éviter exclusion et permettre à tous de se sentir concerné.(22)

#### **II.4.7.2.2 Premières campagnes (1988-1990)**

Les premières campagnes de communication à destination du grand public débutent sous la houlette de Claude Evin. En 1989 cinq campagnes sont lancées par l'AFLS, trois sur le préservatif et deux sur la solidarité. L'AFLS fait un appel d'offre avec un cahier des charges et confie la réalisation du projet à une agence publicitaire. Ce sera l'agence Bélier en 1989, puis ECOM jusque 1991, puis Alice jusque 1994.

En juin, première campagne de solidarité avec la signature : « le sida, chacun de nous peut le rencontrer » Des personnes séropositives témoignent pendant environ une minute, et les spots sont diffusés à la télévision. Un spot présente clairement un message de prévention sur le partage des seringues, les autres témoignent de la nécessité du soutien par l'entourage. Le témoignage du médecin dans cette campagne délivre un message d'espoir.

Lancement d'une campagne sur les préservatifs :

« Les préservatifs protègent de tout, de tout sauf de l'amour », cosignée AFLS et CEFS

Elle consiste en la diffusion d'un spot de 27 secondes montrant, sur un fond musical, filmé caméra à l'épaule en noir et blanc, les ébats amoureux d'un couple dans un lit aux draps de satin, film qui se termine par l'ouverture d'un préservatif par l'homme. Ces films sont relayés

par une campagne d'annonces de presse dans des magazines ciblant femmes, jeunes, multipartenaires et homosexuels. 1 250 000 préservatifs sont offerts par 4 marques.(22)(p106)

Ces campagnes ne laissent pas indifférents, comme le prouvent les témoignages recueillis par Geneviève Paicheler :

« Nous avons subi des critiques de part et d'autre : certains ont dit : « c'est scandaleux de dépenser de l'argent public pour montrer un couple en train de faire l'amour et de se servir d'un préservatif ; et d'autres ont dit : c'est scandaleux, on ne montre pas comment on se sert du préservatif, ce n'est pas assez didactique, contrairement aux publicités nordiques »  
membre de l'AFLS

« On nous a beaucoup reproché de ne pas faire de campagne à l'anglaise terrifiante. On a dit que quand on a peur de quelque chose on s'en détourne. Mais on a tellement peur qu'on fait un déni. Ensuite la peur retombe immédiatement sur la personne malade. » Membre du Ministère.(22)

En juillet 1989 est diffusée la campagne « Les préservatifs vous souhaitent de bonnes vacances ». Il s'agit de poursuivre l'action de banalisation du préservatif afin d'en faire « un objet culturel dont l'utilisation est quasiment évidente ». Reprenant des codes de communications publicitaires très en vogue, ils s'apparentent aux clips vidéo et aux publicités pour les chewing-gums. Le spot a été diffusé à la télévision, au cinéma, dans les circuits vidéo des fast-food. Des spots adaptés sont diffusés à la radio.(22)(p110)

Des clins d'œil sont réalisés envers les homosexuels, des hommes susceptibles de former un couple sont portés à l'écran, mais cela apparaît mièvre pour les associations. Les associations sont sollicitées dans la mise en place des actions de l'AFLS. Il s'agit autant pour l'AFLS de recourir à leur expertise (connaissance du terrain, de la maladie et des malades), que de les amadouer ou de tenter de les neutraliser. Néanmoins, même si les relations entre l'administration, les cabinets ministériels et les associations ont toujours été très conflictuelles, leur intervention est perçue comme salutaire pour stimuler les pouvoirs publics.

### **II.4.7.2.3 Une période intense de communication (1991-1993)**

En février 1990, David Charvet prend la direction de l'AFLS. Il ne remet pas en cause la stratégie de communication élaborée précédemment, notamment la dissociation sida/préservatif.(22)(12).

Pour les campagnes de promotion du préservatif, à l'approche ludique voulue par ECOM, succède une stratégie de promotion incitative, directement centrée sur l'usage du produit et jouant sur une présence beaucoup plus insistante dans les médias. (12) L'agence Alice utilisera pour la campagne de 1991 la technique du « lessivier » : il s'agit de gérer la continuité dans la présence, comme le fait n'importe quelle marque de produit de grande consommation. Les films représentent différents couples pris sur le vif, qui témoignent de la façon dont ils ont intégré le préservatif dans leur vie quotidienne.(22) (p148) La campagne de 1992 met en avant la valorisation de l'utilisateur, le ressort utilisé est l'humour, la signature : « les préservatifs aujourd'hui tout le monde dit oui. » Des campagnes d'affichages ont également lieu, afin de toucher tout le monde, y compris les personnes défavorisées vivant dans la rue. En août 1992, l'opération « restez couverts » est lancée, il s'agit de mettre en vente dans les officines 6 millions de préservatifs à 1 franc. Elle est annoncée par quatre ministres, dont Bernard Kouchner, alors ministre de la santé au gouvernement de Pierre Bérégovoy, à l'émission de Christophe Dechavanne.(22)(p150)



Figure 4 Affiche les préservatifs tout le monde dit oui 1992



Figure 5 Affiche préservatif 1 franc 1992

Bernard Kouchner commande en 1992 à l'AFLS une campagne d'incitation au dépistage. La question du dépistage obligatoire est l'objet de débats, notamment à l'assemblée nationale où les députés préconisent l'adoption d'une loi dans ce sens. Cette question est close par une communication du conseil des ministres du 25 mars 1992 : « Après



Figure 6 Affiche dépistage 1992

consultation des organismes éthiques, le ministre de la Santé donne son avis contre le dépistage obligatoire, après qu'un amendement parlementaire ait été déposé fin 1991, visant à instituer un dépistage obligatoire pré-nuptial et prénatal et chez les appelés du contingent. » Les pouvoirs publics ont pris une décision qui allait en grande partie contre l'opinion publique. La communication publique vient contrebalancer en affirmant une confiance en un citoyen conscient et responsable et en démontrant l'implication de l'Etat.

Le message doit faire appel à la responsabilité individuelle par une prise de conscience par chacun de ses risques personnels et des risques qu'il pourrait faire courir à autrui, sans injonction culpabilisante et moralisatrice.

Quatre annonces sont diffusées par affichage dans toute la France et dans la presse écrite (46 journaux et magazines dont presse homosexuelle). (22)(p159-161)



**Figure 7 Affiche Campagne de solidarité 1991**

La solidarité envers les personnes séropositives est conçue sur le mode de l'interpellation, « dis moi oui ! » (campagne de 1991) et emprunte au registre plus vaste de la lutte contre l'exclusion, alors en plein développement.(12)(p176) Le sida progresse en milieu défavorisé et migrant. Le sida devient un révélateur social de l'exclusion. En 1993, une campagne de proximité aux malades est lancée, utilisant une nouvelle fois l'affichage avec photos et question courte, la signature étant « pourquoi un séropositif serait-il différent de vous ? »

Pierre Kneip, président de SIS, critique cette campagne : elle ne tient pas compte de la réalité du vécu des séropositifs et est moralisatrice.

Les tensions présentes avec les associations se radicalisent. Le sentiment d'urgence s'exacerbe, les associations font monter la pression sur les pouvoirs publics. La possibilité d'un vaccin semble lointaine, la thérapeutique piétine. De nombreux militants sida meurent. Comme tous les espoirs de lutte efficace contre la maladie sont centrés sur la prévention, l'AFLS est la cible de critiques. Les associations défendent des positions radicales. Même au

sein de l'AFLS, certains souhaitent une prévention plus ciblée sur les personnes les plus exposées, ceux qui sont en prison, qui fréquentent les lieux de drague, ou les prostitués.

#### **II.4.7.2.4 Le déclin de l'AFLS (1994)**

En mai 1993 les élections législatives mettent les socialistes en minorité et portent au pouvoir un nouveau gouvernement de cohabitation. Edouard Balladur est Premier Ministre, Simone Veil, Ministre de la solidarité, qui inclut le Ministère délégué à la Santé, attribué à Philippe Douste-Blazy. Les deux ministres souhaitent faire du sida leur priorité et poursuivre une politique humaniste.

Philippe Douste-Blazy écoute les critiques des associations concernant l'AFLS, qui a de plus été mise en place par l'opposition. Des irrégularités dans les comptes de l'AFLS sont dénoncées dans Le Canard Enchaîné après examen de la cour des comptes. La fin de l'AFLS est proche. La DGS est en rivalité avec l'AFLS, non sur la communication, mais sur les actions de prévention, notamment les actions ciblées. La DGS crée sa propre cellule de communication sur le sida, qui va notamment prendre la direction de la campagne du « préservatif tarif jeune » en 1993, seule la réalisation technique est confiée à l'AFLS. Les ministres demandent au Pr Montagnier un rapport sur la lutte contre le sida, qui entérine la dissolution de l'AFLS. Il est remis aux ministres en février 1994. L'AFLS avait été créée pour faire face à une situation d'urgence et pour marquer une volonté. Ses missions devaient de toute façon être réintégrées dans les structures habituelles de l'Etat.(22)(p167-173)

#### **II.4.7.2.5 Une autre communication : le cinéma**

En marge de la communication publique, nous avons souhaité mentionner deux films du début des années 1990. Ils ont contribué à révéler le sida au grand public.

« Les Nuits Fauves » de Cyril Collard, sorti en octobre 1992, a été vu au cinéma par 3 millions de français. Cyril Collard joue le rôle principal de Jean, la trentaine, bisexuel et séropositif, ce qui confère un aspect autobiographique au film. Le film raconte son histoire d'amour avec Laura, 17 ans, incarnée par Romane Bohringer. Le film est noir et difficile et se veut plus provocation que recommandation. Le film reçoit 4 César, Cyril Collard meurt du sida quelques jours avant la cérémonie des César.

« Philadelphia », réalisé aux Etats-Unis en 1993 par Jonathan Demme, sorti en mars 1994 en France, raconte l'histoire d'Andrew Beckett, brillant avocat incarné par Tom Hanks, dont la carrière est brisée lorsque ses associés apprennent son homosexualité et sa séropositivité. Il intente un procès à sa firme pour licenciement abusif, aidé par Joe Miller (Denzel Washington), avocat noir très populaire initialement homophobe. Au-delà de la maladie, le film s'attaque aux préjugés de l'opinion publique. Le film reçoit 4 oscars. 2 millions 700 français ont vu ce film lors de sa sortie.(28)

#### **II.4.8 La réduction des risques**

Lors de sa première conférence de presse en tant que ministre délégué à la santé, Philippe Douste-Blazy annonce huit mesures d'urgence ayant trait aux moyens de prise en charge des personnes atteintes et des malades. Parmi ces mesures, il propose la mise en place de programmes expérimentaux sur la méthadone.

La lutte contre le VIH concernant la prise en charge des toxicomanes et la mise en place d'une politique de réduction des risques ont été tardives en France. A titre de comparaison, la Grande Bretagne met en place en 1988 un plan national de réduction des risques. (29)p100

La réduction des risques peut se résumer en quatre principes :

- L'accès à un matériel d'injection stérile.
- le traitement substitutif (méthadone)
- des structures d'accueil et d'informations proches des toxicomanes
- un programme de prise en charge médicale complète avec dépistage et traitement des maladies associées(29)

La lutte contre le sida chez les toxicomanes cristallise les difficultés d'évolution des mentalités, les difficultés de prise en charge administratives. Elle illustre la dynamique qui peut être créée par la participation de la société civile.

Jusqu'au milieu des années 1980, la prise en charge institutionnelle des toxicomanes est fondée sur le principe de l'abstinence. Les intervenants en toxicomanie s'accordaient sur l'idée que l'abandon de toute consommation de drogues était la condition sine qua non de tout projet thérapeutique.(12)(p340)(29) En 1985, alors que les tests de dépistages mettent en

évidence une forte proportion de personnes contaminées par le partage de seringue, les experts de ce domaine sont opposés à la vente libre et préconisent comme seul remède le sevrage.(22)(p47) Les acteurs responsables de la communication en santé publique sont désarmés. Ils connaissaient très peu la culture des usagers de drogues par voie intra-veineuse, et ils n'attendaient aucun effort préventif de leur part. Un membre du CEFS à cette époque explique : « On avait beaucoup discuté du problème des seringues avec des spécialistes de toxicomanie. Il n'y avait pas d'accord entre eux sur la vente. Les gens disaient que ça ne servirait à rien parce que les toxicomanes pratiquent le partage qui est un rite. Le fait de mettre des seringues en vente libre, cela voulait dire à l'époque favoriser la toxicomanie. Le gouvernement était obligé de peser ça. Je ne suis pas sûr que l'opinion était prête en 1985-1986 à mettre des seringues en vente libre. » (22)

Les premiers à s'intéresser aux toxicomanes sont des médecins qui travaillent dans les services hospitaliers accueillant les malades du sida. L'hôpital est peu préparé à accueillir ce type de patient, considéré comme une source de problème. « La seule hâte, c'était de faire sortir très vite le toxicomane, parce qu'il allait mettre le bordel » (propos recueilli par F. Pinell, p340). En plus des problèmes médicaux, s'ajoutent souvent chez ces patients des problèmes sociaux, lourds à prendre en charge. C'est donc en réaction à cette tendance au rejet du « mauvais patient », que certains médecins prônent la nécessité d'adapter l'hôpital aux toxicomanes pour permettre en retour à ceux-ci de s'adapter aux traitements. A partir des années 1987-1988, le Pr Alain Sobel et le Dr Lowestein aménagent des espaces de prise en charge des toxicomanes séropositifs à Paris. Ces médecins réclament, pour une meilleure prise en charge des toxicomanes, des traitements de substitution qui empêchent les symptômes de manque. « Vaut il mieux un héroïnomane en voie d'abstinence mais séropositif, ou un ex-héroïnomane traité à la méthadone encore séronégatif ? » écrira le Dr Lowestein.

Le Pr Olievenstein, psychiatre spécialisé dans le traitement des toxicomanies, comme les membres de la Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie, est opposé à cette mesure, qui ferait des toxicomanes des drogués légaux. Par contre, il est favorable à la libéralisation de la vente des seringues, qui responsabilise le toxicomane. Cette mesure est prise par M. Barzach, et devant des expériences positives, la Division Sida développe des programmes d'échanges de seringues. (12)

Contrairement aux homosexuels, les toxicomanes, souvent en difficulté sociale, ne se sont pas organisés initialement en groupe ou association pour faire pression sur les pouvoirs publics. Ils ne disposent pas non plus de journaux spécifiques pour relayer une information de

prévention. L'AFLS, surtout à ses débuts, a peur de lancer une communication vers les toxicomanes, qui passerait obligatoirement par des canaux grands publics comme la télévision. Le sujet de la communication vers les toxicomanes fait obligatoirement naître une tension entre une logique de santé publique pour une prévention du sida et une logique judiciaire pour la répression de l'usage de drogues. L'AFLS a également peur d'une stigmatisation des toxicomanes en les ciblant comme groupe à risque. De plus, l'AFLS ne doit pas interférer avec les autorités sanitaires et les structures administratives en charge de la lutte contre la toxicomanie. Témoignage recueilli par G. Paicheler d'un membre de l'AFLS P 119 : « Toutes les structures se renvoyaient la responsabilité (sous entendu de la prévention sida envers les toxicomanes). » (22)

Le premier groupe français défendant les intérêts des usagers de drogues, ASUD, naît en 1992. Son fondateur, Abdalla Toufik, s'inspire du groupe allemand d'auto support JES avec qui il a pris contact. ASUD est lancé lors d'un colloque « Drogues et droit de l'Homme » le 10 avril 1992. Un manifeste est distribué aux participants : « (...) selon l'estimation officielle, nous serions entre 21000 et 42000 à être contaminés par le virus du sida, soit la moitié d'une population évaluée entre 70000 et 100000 usagers des drogues par voie intraveineuse. Alors qu'en Grande Bretagne, la mise en place d'un dispositif cohérent de santé publique a réduit le pourcentage d'usagers contaminés à 4% parmi l'ensemble des malades du sida, les usagers de drogues, en France, avec 29% des cas sida, payent un lourd tribut. »(12) La loi de lutte contre les toxicomanies de 1970, répressive, visant l'abstinence et déclarant illégal et sujet à poursuite pénale tout usager de drogues, est la première incriminée.(29) Le succès d'ASUD est immédiat : Un article paraît dans Le Monde, le groupe est sollicité de toute part, il met en place avec la subvention d'un laboratoire un projet de prévention.(12)

En 1992 éclate l'affaire du temgesic. Ce médicament commence à être utilisé comme traitement de substitution par certains généralistes, il est mis par les autorités sanitaires sur la liste des substances ne pouvant être prescrites qu'avec un carnet à souche. Le Dr Jean Carpentier dénonce cette mesure dans un article qui est publié dans Le Monde, et crée REPSUD, un réseau de médecin qui va faire de la substitution son cheval de bataille. AIDES a repris ses interventions auprès des toxicomanes, sous l'impulsion de son nouveau président, Arnaud Marty-Lavauzelle, qui a travaillé comme psychiatre auprès des toxicomanes. Les prises de positions publiques convergentes et relayées par la presse d'ASUD, de REPSUD, AIDES, Médecins du Monde (qui avait lancé le premier programme d'échange de seringue), appuyées par le succès de la politique de réduction des risques au Pays-Bas, en

Grande Bretagne, en Allemagne vont rencontrer un écho favorable auprès d'intervenants en toxicomanie.

Début 1993 se forme un collectif, Limiter la casse, pour la promotion des traitements de substitution et la politique de réduction des risques en général. Limiter la casse va regrouper 48 associations ou syndicat : AIDES, ASUD, REPSUD, Médecins du Monde, Act-Up, SIS, L'AFLS, le CNS, le syndicat de la magistrature, SOS Racisme...

Le contexte politique est favorable, au moins à deux titres. D'une part, le scandale du sang contaminé a créé un choc et sensibilisé les politiques, les milieux médicaux et l'opinion publique à la nécessité de faire jouer le principe de précaution. Les parallèles qui peuvent être établis entre la contamination des hémophiles et celle des usagers de drogues commencent à hanter les esprits des responsables de l'AFLS et de la DGS. Bernard Kouchner, alors ministre de la santé laisse entendre qu'un réajustement de politique est à l'ordre du jour. D'autre part, en ce début 1993, la période pré-électorale s'ouvre. A l'approche des élections législatives, c'est la tendance répressive qui l'emporte. Act-Up saisit l'opportunité pré-électorale et lance une « Charte contre le sida », les préoccupations relatives à la réduction des risques y figurent en bonne place.

Les membres de Limiter la casse vont signer cette chartre, mais ainsi des députés, des praticiens hospitaliers, Annie Serfaty au titre de la Division Sida de la DGS, des intervenants en toxicomanie dont le Pr Olievenstein finalement acquis à l'idée de la substitution. C'est dans ce contexte que Philippe Douste-Blazy, arrivé Ministre à la santé, lance la proposition d'un programme d'essais sur la Méthadone. Après un nouvel appel publié dans Le Monde qui reprend les positions du collectif Limiter la casse (appel qui sera soutenu par de nombreuses personnalités des arts mais également politiques comme M. Barzach), l'actuel Ministre de la santé reçoit le collectif fin octobre 1993. Les Etats Généraux « Drogues et sida » débutent en 1994. La circulaire ministérielle du 21 juillet 1994 entérine la politique de réduction des risques, elle sera mise en pratique.(12)

La France, pour de multiples raisons évoquées ci-dessus, tendance répressive de la loi de 1970, intervenants en toxicomanie au départ peu convaincu par la réduction des risques, un public toxicomane qui, pour des raisons judiciaires et sociales peut difficilement se rassembler et faire porter sa voix jusqu'aux pouvoirs publics, une division administrative des acteurs de prévention, a pris un retard considérable par rapport à d'autres pays européens dans la prévention du sida chez les usagers de drogues intraveineuse.

#### **II.4.9 Les actions inter associatives se multiplient (1992-1994)**

Limiter le casse est en exemple particulier d'une initiative inter-associative, elle prendra fin avec l'action politique en faveur de la réduction des risques. Les actions communes vont se multiplier à partir de 1992.

Le journal Action, en 1992, résume : « Que les politiques s'expriment sur le sida, c'est aussi les faire parler de beaucoup d'autres choses. Les forcer à réfléchir sur le sida, c'est les contraindre à prendre position sur les problèmes de l'homophobie, c'est les obliger à parler de toxicomanie autrement qu'en terme de répression, c'est les amener à parler du problème des minorités ethniques, des immigrés, des clandestins, autrement qu'en termes d'exclusion ou d'expulsion... C'est les faire parler de tous les problèmes que connaît notre pays, de la précarité à la pauvreté, à la montée de l'extrémisme de droite. »

Les associations, si elles sont divisées sur certaines opinions, ont compris que pour peser sur les pouvoirs publics, mieux vaut s'unir. A l'initiative d'Act-Up, des manifestations de rue rassemblant les associations sida sont organisées, et mobilisent plusieurs milliers de personnes (Marche pour le plan d'Urgence des Hôpitaux le 22 mai 1992, défilé du 1<sup>er</sup> décembre à l'occasion de la journée mondiale du sida le 1<sup>er</sup> décembre 1994, Marche pour la vie du 29 mai 1994). Les stratégies d'alliance prennent également des formes plus institutionnelles comme la formation du groupe TRT-5 et Ensemble contre le Sida.(12)

Le groupe TRT-5 se constitue au cours de l'hiver 1992, il rassemble des représentants de 5 associations (Action-Traitements, Act-Up, AIDES, ARCAT, VLS). Entre ces 5 associations, il existe un intérêt commun pour les questions relatives à la participation des personnes atteintes à la recherche thérapeutique. La recherche thérapeutique, de la conception à la réalisation d'un essai, est remise en cause. Les essais représentent, à ce moment de l'histoire du sida, un moyen d'accéder à des traitements. Les associations souhaitent négocier les contraintes imposées au patient lors de sa participation à un essai, et acquérir des prises sur les protocoles. Bon nombre de militants connaissent intimement la maladie par leur activité

associative, les effets secondaires des médicaments notamment lorsqu'ils ont travaillé sur les permanences téléphoniques, lorsqu'ils ne sont pas séropositifs eux même.(8)(P176) Il s'adresse à l'ANRS. Ces réunions initialement informatives de l'ANRS aux associations deviennent participatives. Le TRT-5 parvient en deux ans à s'imposer comme une concertation obligée dans la rédaction des essais avant consultation par le CCPPRB (Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale).

Les associations font valoir qu'elles peuvent être arbitres dans l'acceptabilité de l'essai par le patient et « expertes » dans la rédaction des notes d'information sur l'essai destinées aux patients, obligatoires depuis la loi Huriet. Les militants ont réussi à prendre prise sur des protocoles qui se présentent de prime abord comme des « boîtes noires » aux yeux de ceux qui n'ont, pour la plupart, aucune formation médicale ou scientifique. Les militants ont acquis leurs compétences dans ce domaine sur le terrain.

Les associations souhaitent ensuite s'imposer de la même manière chez les firmes pharmaceutiques, mais l'accueil dépend des firmes. Elles sont nombreuses, parfois multinationales, la rédaction des protocoles n'est pas toujours effectuée en France.(8)(P168)

La création d'Ensemble Contre le Sida (ECS) est directement liée au projet des chaînes de télévision publique et privée d'organiser une grande émission en faveur de la lutte contre le sida au cours de laquelle le public serait appelé à manifester sa solidarité par des dons. De longues négociations s'engagent entre les chaînes, les pouvoirs publics, des personnalités du monde médical, des associations, sur le projet et sur le partage des sommes collectées.

L'accord est consensuel sur 50% des sommes collectées pour la recherche, 50% pour les associations. Mais comment répartir l'argent entre les associations ? ECS est composé d'un conseil d'administration composé de 8 associations fondatrices, et d'un bureau de 6 membres répartis entre AIDES, ARCAT et Act-Up. ECS va gérer les fonds collectés.

La première émission a lieu le 7 avril 1994. Elle a été conçue par les professionnels de la télévision, les associations ont le sentiment d'avoir été dépossédées de l'émission. Mais l'impact grand public de l'émission donne à la lutte contre le sida une visibilité sociale sans commune mesure jusque là. 33,1 millions de téléspectateurs l'auront regardée à un moment ou un autre de la soirée. 291 millions de francs sont récoltés.

D'autres sidaction auront lieu, mais ils ne connaîtront pas un succès semblable.(12)(p324-336)

## II.4.10 Le sang contaminé

L'« affaire » ou le « scandale » du sang contaminé débute véritablement en 1991.(30)(31) Anne-Marie Casteret publie dans l'Événement du jeudi du 25 avril 1991 le compte-rendu d'une réunion tenue le 29 mai 1985 au Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) au cours de laquelle Michel Garetta, le directeur explique que « tous nos lots sont contaminés » et indique que c'est aux autorités de tutelle de prendre « leurs responsabilités sur ce grave problème (retirer ou non les lots) et d'éventuellement nous interdire de céder les produits, avec les conséquences financières que cela représente. » L'Association Française des Hémophiles (AFH) annonce alors à l'Agence France Presse que 350 à 400 recours en indemnisation ont été entamés contre l'état devant les tribunaux administratifs. Le président d'honneur de l'AFH précise qu'au moins 1200 hémophiles ont été contaminés par le biais de traitements coagulants.

Le processus médiatique, qui ne fera que monter en puissance, est lancé.(32)(33)

L'affaire du sang contaminé regroupe en fait différentes questions liées à la contamination par le VIH (et/ou l'hépatite C) par transfusion sanguine ou produits dérivés du sang : le retard à la mise sur le marché de facteurs anti-hémophiliques chauffés, donc non contaminants, et l'écoulement de facteurs anti-hémophiliques contaminants, l'écoulement d'autres produits sanguins (globules rouges, plaquettes, plasma) à l'origine de contamination par transfusion sanguine, le retard à l'instauration du test de dépistage du VIH pour les donneurs de sang, les collectes de sang auprès de populations à risques(32)(34)(35)

La capacité de fractionner le sang scinde les activités transfusionnelles en deux branches : les produits dit stables, tels le plasma et ses dérivés dont les facteurs anti-hémophiliques, et les produits dit labiles, dont la durée de vie est limitée. Les prélèvements et la distribution des produits labiles restent locaux. Pour les produits stables, leur circulation est internationale. Les facteurs anti-hémophiliques sont issus de grande quantité de plasma, constitués avec des lots provenant de 6 000 à 25 000 donneurs de sang.

En France dans les années 80, les principaux acteurs de la transfusion sont le Comité National de Transfusion Sanguine (CNTS), les centres de transfusion, la DGS, le laboratoire nationale de la santé.

Le CNTS a la charge des missions d'intérêt national, par exemple tenir la liste des donneurs ayant un groupe rare, et détient le monopole de l'importation des produits sanguins. Le CNTS et six autres centres sont engagés dans la fabrication de produits anti-hémophiliques. Le but est une autosuffisance sur le territoire, atteinte en 1984. Les produits ne sont pas encore inactivés.

Les centres de transfusion sont engagés dans la collecte, la conservation et la distribution du sang. Tous ces centres sont publics ou fonctionnent en association.

La DGS assure la tutelle des centres et des activités, mais ne dispose d'aucun bureau relatif à la sécurité transfusionnelle.

Le laboratoire National de santé, responsable des contrôles des procédés techniques et de la qualité des produits sanguins, n'a que deux personnes à consacrer au secteur du sang et du plasma.

L'Association Française des hémophiles est fondée en 1955 par le directeur du CNTS et un hémophile. La production de facteur VIII ou IX concentré, disponibles à partir des années 1970, est un véritable progrès. En 1983, peu d'hémophiles bénéficient du traitement prophylactique. La nouvelle usine du CNTS commence à produire les concentrés en 1983. Les associations de donneurs de sang, au nombre de 2000 en 1991, pèsent également dans les décisions. En 1986, lorsque des hémophiles émettent des doutes sur les produits français, le président de la fédération des donneurs écrit immédiatement à l'AFH pour réfuter ces attaques contre le sang des donneurs.(29)

La sélection des donneurs de sang, proposé par la DGS en juin 1983, ne sera pas suivie d'effet. En France, le don du sang est fortement valorisé. Interdire le don aux personnes apparaît stigmatisant. Pour être autosuffisant, les dons doivent être nombreux, et le recours à des dons massifs dans les prisons est pratique courante, l'alarme n'est donnée qu'en été 1985 aux directeurs de prisons, par téléphone. La collecte est poursuivie dans certains établissement jusqu'en 1991. Les centres de transfusion sont finalement autonomes, sans tutelle véritable.

En janvier 1985, la DGS réitère sa demande. Le dépistage des donneurs de sang ne sera obligatoire qu'au premier août 1985. La mesure est réclamée par tous les acteurs de la transfusion à partir de février 1985, mais pose un problème complexe aux décideurs politiques, le test de dépistage de l'institut Pasteur n'ayant pas encore l'AMM.

L'accès aux produits anti-hémophiliques purifiés débute en juillet 1985. Il est général au premier octobre 1985, les produits non traités sont retirés également à cette date. Le CNTS a refusé initialement les produits chauffés étrangers, et a développé son propre procédé.(29)

Sans vouloir être exhaustive dans les causes et les responsabilités, il semble que la notion de risque lié au sida a été sous évaluée, la notion de santé publique insuffisamment prise en compte, et la notion de risque sanitaire était quasi inexistante. (36)(37)

Avant 1991, des plaintes ont déjà été déposées par des transfusés ou hémophiles. Cependant, le silence relatif des hémophiles avant 1991 peut s'expliquer par leur lien très fort avec les médecins en général et ceux de la transfusion en particulier, le sentiment de dette envers la société (leur traitement ne sont possibles que grâce aux dons du sang et sont très coûteux), la difficulté de révéler hémophilie et séropositivité, et les difficultés et le long parcours d'un recours par la voie judiciaire. Quelques articles de journaux avant 1991 font écho du problème des hémophiles, Anne-Marie Casteret publie dans l'Express en décembre 1987 un article intitulé « Sida, la tragédie des hémophiles ».

En juillet 1989, des fonds de solidarité sont mis en place par le gouvernement, sous le nom d'accord Evin, pour les hémophiles atteints de sida avérés. Cette décision est présentée comme une décision politique d'ordre humanitaire qui n'interfère pas avec les responsabilités. L'AFH réclame des compléments au gouvernement, qui ne sont pas accordés. 400 plaintes sont déposées au tribunal administratif de Paris.

Après les révélations de l'évènement du jeudi en avril 1991, la presse et les médias s'emparent du sujet. Le gouvernement ne peut pas rester silencieux. Un rapport est demandé à l'Inspecteur général des Affaires Sociales, rapport remis en septembre 1991 et jugé accablant par la presse. Le 19 octobre 1991, Le Monde écrit que le gouvernement Fabius a délibérément freiné la mise en place du dépistage du virus du sida. Ces mesures avaient été prises par madame Georgina Dufoix pour des raisons économiques et dans un souci de protectionnisme. Le 21 octobre sont annoncées les inculpations du directeur du CNTS (Michel Garetta), du directeur général de la santé (Jacques Roux), du directeur du laboratoire national de la santé (Robert Netter) dirigeant ces organismes au moment des faits. L'« affaire du sang contaminé » fait la Une de tous les journaux.(32)

Sur le plan judiciaire, la contamination a été l'objet de milliers de procès au civil et d'instruction au pénal, et ce dans un contexte de grande mobilisation médiatique. Les premières condamnations des anciens directeurs ont lieu en 1992. Les 3 ministres ont été mis

en examen et jugés en 1999 (l'un deux a été condamné et dispensé de peine). Une troisième instruction débutée en 1994 a abouti à la mise en examen d'une trentaine de personnes (personnels administratifs et politiques, médecins de la transfusion et de l'hémophilie) avant de se clore en 2003 sur un non lieu.

Sur le plan législatif, l'affaire a donné lieu à une loi d'indemnisation des hémophiles et transfusés en 1991.

En 1993, une loi réforme la transfusion sanguine et crée les premières agences de sécurité sanitaire, l'Agence Française du médicament et l'Agence française du Sang.(31)

En 1994, une réforme constitutionnelle est votée permettant d'engager la responsabilité pénale des membres du gouvernement dans l'exercice de leur fonction.(38)

#### **II.4.11 La communication après l'AFLS (1994-1996)**

Après la dissolution de l'AFLS en 1994, ses compétences sont intégrées à la DGS. Après quelques mois, la communication est reprise par le CEFS.

Les ministres lancent un plan de consultation pour réorienter la politique de prévention du sida. Les chercheurs en sciences sociales de l'ANRS, les associations, d'anciens membres de l'AFLS sont mis à contribution. Une rupture n'est pas souhaitée avec le passé, mais une volonté d'être plus informatif et moins publicitaire est affirmée. Il s'agit de cibler les publics les plus touchés par le sida, notamment les toxicomanes, et de s'appuyer sur des actions locales. Les stratégies de prévention vont être organisées autour de « situations à risques » et la gamme des actions permettant d'y faire face. Il ne s'agit plus de promouvoir un produit et un seul, le préservatif, mais de donner toute son importance à l'interaction entre deux partenaires dans la gestion du risque sexuel. L'Etat va signer un discours faisant référence à des situations considérées tabous, tel le sexe entre hommes et l'usage de drogues intraveineuses, et s'adresser aux personnes touchées par l'épidémie, dont les migrants.

Une nouvelle agence est sélectionnée, l'agence Australie, en novembre 1994. Mi-janvier 1995, 3 annonces sont lancées dans la presse : une accroche en haut de la page, une photo centrale, entourée d'un texte assez long. Deux d'entre elles informent sur le risque de transmission sexuelle, avec les accroches : « Il suffit d'une fois pour ne jamais l'oublier : le sida. », « A ceux qui croient qu'il existe un vaccin contre le sida, voilà à quoi il ressemble : photo d'un préservatif. » Cela reprend un discours très répandu sur le sida : le préservatif est le seul vaccin et une fois suffit. Cependant les textes des annonces, denses, sont novateurs. Ils

informent sur les délais pour réaliser un test de dépistage, « toutes les façons de faire l'amour : rapport vaginal, anal et génito-buccal » sont évoqués. Les conditions pour abandonner le préservatif sont spécifiées : si après 3 mois de relations les tests sérologiques des partenaires sont négatifs, et si les partenaires restent fidèles. Là où l'innovation est encore plus sensible, c'est dans l'annonce portant l'accroche : « Drogue : dans une seringue qu'on prête, c'est le sida qu'on donne. » Le texte qui l'entoure donne des informations sur la réduction des risques.(22)(p219-220)



Figure 8 Affiche Campagne janvier 1995

La campagne de l'été 1995 sera plus audacieuse. Elle est préparée pendant la campagne pour l'élection présidentielle. Le gouvernement au pouvoir pressent son départ, d'où un flottement qui stimule les initiatives des associations et de l'agence de publicité, alors très proches. Le gouvernement se montre d'autant plus ouvert qu'il n'aura pas à assumer les conséquences de ses actions. « Protégez-vous du sida » est la signature retenue. Le même type graphique est retenu. Il est question de pénétration anale et de sécheresse vaginale, il est mentionné que le préservatif est aussi un moyen de contraception, il est conseillé aux jeunes inexpérimentés d'essayer le préservatif seul... Une annonce aborde l'homosexualité sans détour : « Yves et Christophe vivent ensemble. Il y a une heure, ils ont fait l'amour. Ils leur arrivent d'avoir d'autres aventures homosexuelles. Alors ils se protègent. »(39)(22)(p228)



**Heu-reux.** Anne et Philippe se réveillent tranquillement. Cette nuit, ils ont fait l'amour en se protégeant. Ils se servent d'un préservatif lubrifié. Ils ajoutent un gel à base d'eau en cas de sécheresse vaginale pour ne pas gêner Anne et pour toute pénétration anale. Afin d'éviter tout risque de rupture du préservatif. Ces gels à base d'eau sont en vente dans les pharmacies et certaines grandes surfaces. Pour en parler, Sida Info Service au 05.36.66.36.

**Protégez-vous du sida.**  
COLLECTION CRIPS IDF



**Heu-reux.** Eric et Christophe vivent ensemble. Cette nuit, ils ont fait l'amour. Il leur arrive d'avoir d'autres aventures homosexuelles, alors ils se protègent. Pour toute pénétration, ils emploient un préservatif associé à un gel à base d'eau, afin d'éviter tout risque de rupture du préservatif. Ces gels à base d'eau sont en vente dans les pharmacies et dans certaines grandes surfaces. Pour en parler, Écoute Gale au (1) 44.33.01.02 et Sida Info Service au 05.36.66.36.

**Protégez-vous du sida.**  
COLLECTION CRIPS IDF



**Quand vous faites l'amour avec Gilles, pensez à protéger Jérôme.** Si vous pratiquez la pénétration anale

entre hommes, le préservatif, bien utilisé, est la meilleure protection contre le virus du sida (VIH) et les maladies sexuellement transmissibles (MST). Afin d'éviter tout risque de rupture du préservatif, il est recommandé d'utiliser un gel à base d'eau, en vente dans les pharmacies et certaines grandes surfaces. Si vous avez plusieurs partenaires, adoptez le préservatif c'est se protéger soi et les autres. Pour en parler, Écoute Gale au (1) 44.33.01.02 et Sida Info Service au 05.36.66.36. **Protégez-vous du sida.**

COLLECTION CRIPS IDF



**Quand vous faites l'amour avec Pierre, pensez à protéger Virginie.** Quand on change de partenaires, le préservatif

est, bien utilisé, la meilleure protection contre le virus du sida (VIH) et les maladies sexuellement transmissibles (MST). La première fois et à chaque fois, avec un homme ou avec une femme, à chaque pénétration. En cas de sécheresse vaginale ou de pénétration anale, afin d'éviter tout risque de rupture du préservatif, il est recommandé d'utiliser un gel à base d'eau, en vente dans les pharmacies et dans certaines grandes surfaces. Adoptez le préservatif, c'est se protéger soi et ses partenaires. Pour en parler, Écoute Gale au (1) 44.33.01.02 et Sida Info Service au 05.36.66.36. **Protégez-vous du sida.**

COLLECTION CRIPS IDF



**Quand vous faites l'amour avec Sophie, pensez à protéger Valérie.** Quand on change de partenaires, le préservatif

est, bien utilisé, la meilleure protection contre le virus du sida (VIH) et les maladies sexuellement transmissibles (MST). La première fois et à chaque fois, à chaque pénétration. En cas de sécheresse vaginale ou de pénétration anale, afin d'éviter tout risque de rupture du préservatif, il est recommandé d'utiliser un gel à base d'eau, en vente dans les pharmacies et dans certaines grandes surfaces. Adoptez le préservatif, c'est se protéger soi et ses partenaires. Pour en parler, Sida Info Service au 05.36.66.36. **Protégez-vous du sida.**

COLLECTION CRIPS IDF

**Vous le trouvez craquant? Dites-vous que ses "ex" aussi.**

L'été est le moment propice au coup de foudre. Parler du préservatif ensemble et l'utiliser systématiquement, permettent de se protéger. Contempler un homme, lui sussurer des mots, sortir avec lui, ne dit rien de son passé. Alors si vous craquez, n'oubliez pas le préservatif et ce, dès la première fois. Pour en parler, Sida Info Service au 05.36.66.36. **Protégez-vous du sida.**

COLLECTION CRIPS IDF

**Vous la trouvez craquante? Dites-vous que ses "ex" aussi.** L'été est le moment propice au coup de foudre. Parler du préservatif ensemble et l'utiliser systématiquement, permettent de se protéger. Contempler une

jeune fille, lui sussurer des mots, sortir avec elle, ne dit rien de son passé. Alors si vous craquez, n'oubliez pas le préservatif et ce, dès la première fois. Pour en parler, Sida Info Service au 05.36.66.36. **Protégez-vous du sida.**

COLLECTION CRIPS IDF



**Voici le moment rêvé pour placer le mot "préservatif" dans la conversation.** Parler d'un

desir à deux, parler d'amour avant de faire l'amour, avec celui ou celle qu'on aime, ou d'autres encore, c'est se rassurer soi, c'est rassurer l'autre. Essayer le préservatif tout seul, en parler avant un rapport sexuel, c'est rendre son utilisation plus facile. C'est s'aimer librement. Pour en parler, Sida Info Service au 05.36.66.36. **Protégez-vous du sida.**

COLLECTION CRIPS IDF



**Si vous vous faites tout un roman de votre première fois, voici les premières lignes.** C'est sûr, au sein peut-être

la première fois. L'inspiration, l'émotion, une certaine appréhension peuvent donner naissance à un premier rapport sexuel. Mais il est important de parler avant de faire l'amour et de faire l'amour de plaisir, sans souci, sans crainte. Le préservatif ne facilite pas forcément les choses. Mais c'est important d'en parler avant, de l'utiliser dès la première fois et à chaque fois ensuite. C'est le moyen le plus efficace de se protéger du virus du sida (VIH) et des maladies sexuellement transmissibles (MST). C'est aussi un moyen de contraception. C'est surtout une preuve d'amour. Pour en parler, Sida Info Service au 05.36.66.36. **Protégez-vous du sida.**

COLLECTION CRIPS IDF

Figure 9 Affiche campagne été 1995

En mai 1995, Jacques Chirac est élu président, Alain Juppé est nommé Premier Ministre, Elisabeth Hubert est nommée au ministère de la santé. Elisabeth Hubert hérite d'une campagne pratiquement imprimée. Tout changement ne peut plus intervenir qu'à la marge, sinon le coût du dédit serait très élevé, ce qui ne serait pas une bonne publicité pour le nouveau gouvernement. Elisabeth Hubert, médecin et préoccupée de santé publique adhère à la campagne. Les autres membres du gouvernement sont plus sensibles aux arguments d'ordre moraux et sont moins impressionnés par les associations. Quelques retouches seront effectuées et une annonce concernant la fellation sera supprimée, mais la campagne « Protégez vous du sida » aura lieu, essentiellement par la volonté de la Ministre de la Santé. Act-Up crie à la censure et effectue un zap sur Elisabeth Hubert lors de la conférence de presse. La Ministre démissionne trois mois plus tard. Cette action d'Act-Up a contribué à la décrédibiliser auprès des acteurs de la campagne et du personnel politique. La campagne a été bien accueillie, 80% des personnes interrogées n'ont trouvé aucune annonce choquante.

Après la campagne de l'été 1995, les rapports entre les partenaires de la communication sida changent. La place assignée aux associations est plus clairement limitée : elles demeurent partenaires des actions de proximité, mais leur participation dans les campagnes publiques est restreinte. Plusieurs facteurs ont contribué à cette situation, cet interview d'un membre du Ministère recueillie par G. Paicheler les résume : « Je dis souvent à Act-Up : vous ne pouvez plus agresser l'administration comme ça parce qu'elle rattrapé son retard. Je n'admets pas que vous crachiez sur l'administration comme ça : elle a ses morts du sida, elle a ses compétences, elle a ses justifications, et vous ne pouvez plus l'insulter. L'administration est à la hauteur de la tâche. Donc ce rattrapage auraient dû les faire se repositionner (les associations) ». (22)(p225-239)

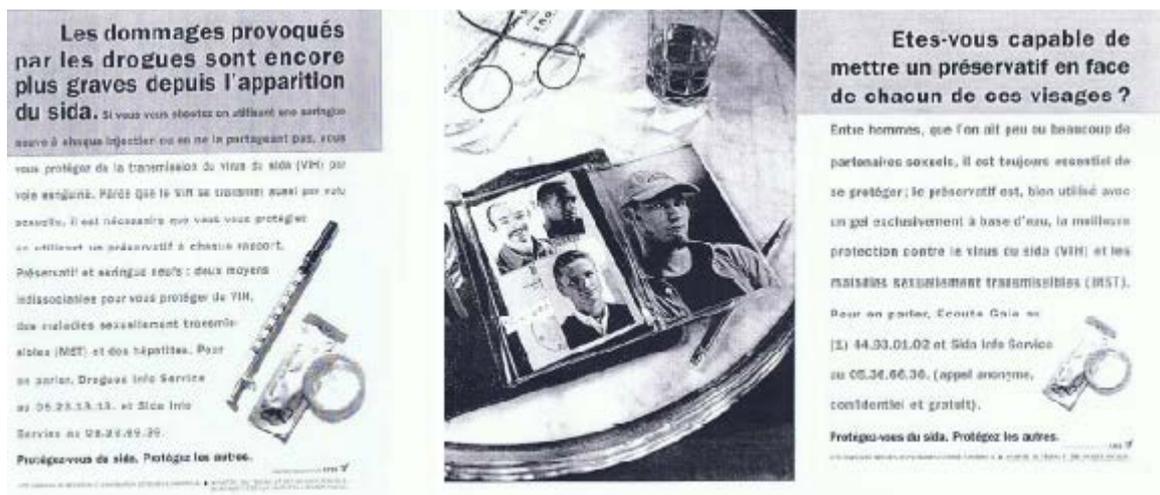


Figure 10 Affiche campagne 1996

Hervé Gaymard est nommé ministre de la santé à la suite d'Elisabeth Hubert. Une nouvelle campagne est lancée au printemps 1996. Elle s'adresse surtout aux plus de 30 ans qui ont tendance à éluder le risque de contamination pour eux même. Trois thèmes principaux sont développés sous forme d'annonce double page parues dans 25 magazines : le multipartenariat hétérosexuel et homosexuel, la nécessité pour les utilisateurs de drogues injectables de cumuler l'utilisation de seringues stériles et de préservatifs, les conditions de l'abandon du préservatif dans le cadre d'une relation durable et fidèle. Un film, « le bal », est diffusé en juillet aout 1996 avec pour objectif de sensibiliser à une situation à risque classique : la rencontre d'été.(22)(p249)

En 1996, l'arrivée des multithérapies transforme la prise en charge du sida et son image sociale.

#### II.4.12 Les multithérapies et la désaffection de la cause sida (1996-1999)

L'arrivée des trithérapies, annoncées en janvier 1996 lors d'une conférence à Washington, signe un progrès thérapeutique majeur. Les antiprotéases, après quelques rebondissements, vont être distribuées en France et transformer la vie des malades porteurs du VIH. La charge virale, outil nouvellement démocratisé, devient indétectable dans le sang des malades. Et les bénéfiques tiennent dans le temps.

Dans sida 2.0, Didier Lestrade écrit : « C'était au milieu d'une conférence, quelque part en France. Une femme psy, Catherine Breton je crois, se lève pour dire que ce que l'on est en train de vivre, chez les patients comme chez les soignants, c'est le deuil du deuil. Une formule qui fait mouche. Je regarde autour de moi et tout le monde hoche la tête.(...) Quand on a passé des années à anticiper sa propre mort, à absorber celle de ses proches, comment accepter que l'on se soit trompé, que l'on puisse vivre à nouveau pour les années à venir ?(...) 1998, c'est l'année où les séropositifs retournent à la vie. Certains se remettent à l'existence qu'ils avaient délaissée avec l'annonce de la séropositivité. (...) Bien sûr, les effets secondaires sont redoutables. Presque tous les séropos sont reconnaissables dans la rue à leurs visages émaciés, c'est la lipoatrophie du visage.(...) »(15)

L'énergie des militants associatifs baisse.(26) Une rencontre organisée par ECS en décembre 1998, a un titre suggestif : « Sommes nous encore d'actualité ? » Les malades désertent les associations, la communauté gay n'est plus mobilisée. De nouveaux profils de malades apparaissent : immigrants, personnes relevant de catégories sociales défavorisées. Ces malades sont moins bien représentés.

Cette désaffection pour la lutte contre le sida touche également les soutiens offerts aux associations par leurs partenaires habituels. Pierre Bergé, président d'Yves Saint Laurent, quitte ARCAT, AIDES doit faire face à la baisse des partenariats d'entreprise, suite à celle des fonds liés à Sidaction. L'affaiblissement des moyens financiers conduit à des transformations importantes au sein des associations, VLS disparaît.

L'Etat revoit à la baisse toutes les ressources engagées dans la lutte contre le sida, des services hospitaliers sont fermés, le recrutement de personnels à la Division Sida est problématique.

Le désintérêt des hommes et des partis politiques lors de la campagne législative de 1997, hormis le parti communiste, est à souligner.(26) Lionel Jospin est nommé Premier Ministre avec le retour d'une majorité socialiste à L'Assemblée nationale, Bernard Kouchner est nommé à la Santé.

## II.4.12 Communication après les multithérapies (1997-1999)

Dans un contexte médiatique potentiellement démobilisateur, car polarisé sur les succès thérapeutiques, la stratégie de communication s'est orientée vers une sensibilisation sur le fait que le risque existe toujours. Le film « la route », diffusé en juin 1997, avait pour but d'alerter sur la permanence des risques.

Les avancées thérapeutiques ont motivé la mise en place d'un dispositif sensibilisant à l'importance d'une prise en charge précoce en cas d'exposition au risque. Un film est diffusé sur ce thème en juin 1998. Le film repose sur la prise de conscience par un homme et une femme de 35 ans environ d'une prise d'une prise de risque, avec la question : « Que dois-je faire ? » Ce malaise trouve une réponse dans un dépistage rapide avec une prise en charge précoce si nécessaire.

L'enquête KAPB de 1998 constate une baisse de la perception du risque sida et un phénomène d'usure vis-à-vis des campagnes de prévention. La campagne d'affichage de l'été 1998 utilise le registre de l'humour pour saper les alibis de la non utilisation du préservatif : affiche Eléphant (taille du préservatif), affiche Kamasutra (le plaisir) etc.



Figure 11 Affiche campagne 1998

En 1999, la campagne télévisuelle rappelle : « Il y a toujours des milliers de contaminations en France chaque année. »

Parallèlement, des campagnes en faveur de la non stigmatisation, de la solidarité envers les personnes séropositives se poursuivent, la campagne de 1997 porte la signature : « Sida, la science progresse, et la solidarité ? »(40)

### **II.4.13 Synthèse**

L'arrivée de l'épidémie sida a surpris et a suscité des craintes collectives. L'oubli de la culture de l'épidémie et les défaillances du système de santé publique ont pesé dans la prise en charge de la maladie à ses débuts, en particulier dans le contrôle de la qualité des produits sanguins.(25)

Le sida nous a fait redécouvrir la liaison entre la maladie et la politique. Il a été l'occasion de la construction d'un espace sans précédent pour la société civile, mais aussi a démontré l'importance de l'implication de l'état dans la protection de la santé et la gravité de ses carences.

L'histoire du sida a démontré la possibilité de gestion « libérale » d'une épidémie. Les approches autoritaires ont été abandonnées en faveur de stratégies éducatives, fondées sur la tolérance et l'autonomie des personnes.(29)

La communication publique sur le sida a joué un rôle important dans la lutte contre l'épidémie. Elle a été traversée par des controverses et s'est sans cesse adaptée au contexte médico-socio-politique du moment.

## **II.5 Mise en place d'une politique de lutte contre le sida : exemples d'autres pays européens**

Il est intéressant après avoir détaillé l'exemple de mise en place d'une politique de lutte contre le VIH en France de regarder comment nos voisins ont géré cette crise.

Dans son ouvrage « Les Etats face au sida en Europe », Monica Steffen s'est penchée sur la gestion politique du sida en France, au Royaume-Uni, en Allemagne et en Italie. Ces pays sont les plus peuplés de l'Union Européenne et ont des conditions sociales et économiques proches permettant une comparaison. Nous avons souhaité ajouter un autre pays du sud de l'Europe, l'Espagne.

Cette description rapide de la mise en place d'une politique sida et des campagnes de prévention a pour but d'éclairer le parcours français, de le situer dans un contexte européen.

Le sida a bénéficié d'une mise sur agenda politique rapide, eu égard au nombre infime de malades par rapport à d'autres pathologies. En décembre 1983, soit deux ans et demi après la découverte des premiers cas, le Royaume-Uni et l'Italie n'avaient recensé qu'à peine une trentaine de cas chacun, l'Allemagne 49 et la France 90.(29)

### **II.5.1 politique de lutte contre le sida**

Les pays du Nord, où l'homosexualité est déjà bien acceptée, réagissent en premier. Au Danemark, la communauté homosexuelle réagit dès l'annonce du premier cas de sida ; les médecins et chercheurs extérieurs à l'administration publique constituent des acteurs importants qui réagissent en interpellant l'Etat. L'Etat est impliqué dès 1981 dans des groupes informels visant à l'amélioration des connaissances et à la prévention.(41)

Les homosexuels britanniques et allemands étaient déjà bien organisés lorsque le sida est arrivé. Les objectifs politiques et identitaires étaient sortis de leur agenda, au profit des problèmes de santé spécifiques liés à leur mode de vie : la prévention et le traitement des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), dont l'hépatite B. Le milieu homosexuel n'était pas pris au dépourvu.

En Allemagne, à l'initiative d'homosexuels, des associations locales se créent, se multiplient, se rassemblent pour former la Deutsche Aids Hilfe (DAH), l'association allemande d'aide aux victimes du sida. En 1985, le mouvement se transforme en fédération nationale. L'association représente l'ensemble des victimes de l'épidémie, sans conflit catégoriel. La participation des associations à la vie politique est très développée dans tous les domaines du médico-social, par le principe de subsidiarité et par des conventions. La DAH devient le partenaire reconnu par les pouvoirs publics et les personnes concernées.

En 1983, le ministre fédéral de la Santé invite une délégation de San Francisco pour s'informer directement. Il met en place une structure épidémiologique et de concertation. Convaincu du bien fondé d'une politique faisant appel à la participation, le ministre fédéral surprend l'ensemble des acteurs avec une proposition de loi sur les IST contenant une sévère surveillance des porteurs d'infections. Le projet déclenche la plus grande polémique allemande autour du sida, où vont s'affronter pendant un an le gouvernement régional de la Bavière et le reste du pays. Or la proposition de loi intempestive ne fut jamais déposée. Selon les observateurs de l'époque, le ministre visait à obtenir, contre l'opposition des conservateurs, une large caution pour sa politique libérale.

Après les élections en 1987, un programme d'urgence pour 4 ans est voté à l'unanimité. Le programme entérine l'approche libérale mais insiste sur « la responsabilité personnelle. » le plan comprend la promotion publique du préservatif, le renforcement des structures de soins et de soutien psychologique, des mesures contre la discrimination et une stratégie de réduction des risques chez les toxicomanes. Dans son rapport intermédiaire, rendu public en 1988, la commission insiste sur la nécessité de renforcer les relais auprès des personnes à risques. Les 309 offices locaux de Santé publique sont dotés de postes à temps plein de spécialistes de la prévention sida, et les quartiers particulièrement à risques des grandes villes dotées de street-workers. Ces travailleurs de rue sont des animateurs de prévention travaillant directement sur le terrain auprès des populations cibles.

Les subventions à la DAH commencent à baisser en 1990 et les dotations aux structures publiques l'année suivante. Les tâches relèvent maintenant de la routine.(29)

Au Royaume-Uni, l'alarme est lancée en 1982 par les organisations homosexuelles et lesbiennes, à travers leurs services de téléphone vert. Le Terrence Higgins Trust diffuse les premières brochures de prévention. Au Department of Health, le sida est d'abord considéré comme un problème classique de santé publique ne touchant que quelques homosexuels et

toxicomanes. L'optique change lorsque le premier cas de sida est diagnostiqué chez un hémophile, puis un transplanté. La transmission iatrogène met en cause le National Health Service (NHS). En 1983, le NHS édicte des recommandations en faveur d'une sélection rigoureuse des donneurs de sang.

La lutte contre le sida est représentée par trois hommes, le conseiller du Ministre de la santé, qui est un spécialiste de l'épidémiologie, un militant homosexuel, et un professeur de médecine, expert en IST. Les trois experts considèrent comme essentiel de maintenir le sida en dehors de la législation régissant les maladies transmissibles et d'obtenir du gouvernement les moyens financiers pour une politique de prévention. Ils mettent en avant le risque de l'extension du sida pour la population générale, notamment pour les jeunes. La pression est doublement relayée par le ministère des finances, inquiet par les pronostics et le coût des soins à long terme, et par les organisations homosexuelles qui délivrent un double message : une information du danger chez les homosexuels, et une présentation du sida qui, si rien n'est entrepris, atteindra rapidement la population générale. En février 1985, deux groupes de travail sont mis en place par le NHS, l'un réservé aux experts scientifiques, l'autre élargi aux représentants du THT et des partis politiques. L'enjeu est précis, faut-il ou non inscrire le sida sur la liste des maladies à déclaration obligatoire ? L'option libérale des experts du DHS est contre, mais certains considèrent que les dépistages systématiques sont nécessaires pour une meilleure connaissance épidémiologique. Les politiques ne sont pas pressés d'aborder un sujet embarrassant et lié à l'homosexualité. En 1986, les élections approchent, et les conservateurs au pouvoir craignent d'être critiqués pour leur inaction devant un problème de santé publique traité dans les médias et qui fait des victimes parmi les hémophiles, transfusés et transplantés. Dans un climat d'urgence, l'action du gouvernement commence par la mise en place d'une instance de coordination gouvernementale. Un débat parlementaire est engagé et les premières campagnes d'information publiques sont lancées, abordant les comportements à risques sexuels et de toxicomanie. Deux commissions sont formées en 1986. Elles insistent sur la mise en place d'une politique contre la discrimination et sur des campagnes de prévention publique encore plus claires et explicites. L'opposition à cette politique reste minoritaire. Toutes les demandes en faveur du dépistage obligatoire et de l'isolement des malades sont réfutées par le NHS. Après le deuxième débat parlementaire en 1989, le sida entre dans sa phase de gestion courante. (29)

La réponse est plus tardive dans les pays du sud.

En Italie, l'homosexualité n'a jamais été interdite par la loi, mais a toujours été frappée d'une forte désapprobation sociale. La structuration des homosexuels débute à la fin des années 1970, lorsqu'un prêtre, choqué par le suicide de jeunes homosexuels, ouvre une section pour les accueillir dans une association nationale, l'ARCI. L'ARCIGAY deviendra ensuite la principale organisation vouée à la lutte contre le sida parmi les homosexuels.(29) Les pouvoirs publics mettent en place en 1983 un dispositif épidémiologique, l'ISS. Il émet des recommandations aux régions concernant l'exclusion du don du sang des personnes pouvant présenter des risques en 1983, la conduite à tenir face aux patients présentant des signes cliniques de sida (1984/1985), et les modalités de dépistage. En novembre 1986, le sida est inscrit sur la liste des maladies infectieuses, ce qui rend obligatoire la déclaration nominative à l'ISS. Les régions refusent d'abord de transmettre le nom de leurs ressortissants à l'ISS, obligeant celui-ci à se moderniser et à renforcer les garanties de confidentialité. En Italie, le sida reste lié à la toxicomanie.

ARCIGAY mène des actions auprès des homosexuels, mais son action est limitée aux villes du Nord.

Le rôle moteur revient à un groupe de médecins universitaires bénéficiant de liens avec le ministère. Ils créent ANLAID en 1985. Il faut attendre l'arrivée d'un ministre de la santé du Parti libéral pour la création de la Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS. Elle regroupe des membres de l'ISS et va gérer les problèmes liés au sida, et lance une campagne d'information publique en 1988, suivie d'une lettre adressée à tous les ménages italiens. La commission proscrit tout dépistage sans consentement individuel, ce qui crée un conflit avec l'administration pénitentiaire.

Elle élabore en 1990 un plan national de lutte contre le sida voté en 1990. La loi échoue au stade de l'application. En 1993, les lits et les postes pour la lutte contre le sida ne sont toujours pas créés, ni les subventions versées aux associations. L'Etat et les régions se renvoient la responsabilité. L'Italie parvient néanmoins à stabiliser l'épidémie, plus tardivement que l'Allemagne ou la France mais avant l'Espagne. Au cours de la deuxième moitié des années 1990, le contexte italien est devenu plus favorable, grâce au changement de régime politique aux réformes du système de santé.(29)

L'Espagne se caractérise par une fréquence peu élevée de l'homosexualité, et un contrôle social encore important sur les mœurs. La communauté homosexuelle, faible et divisée, ne s'impliquera pas comme dans d'autres pays. Les toxicomanes sont les plus touchés. (41) Ils représentent 65% des cas de sida en 1988. (42)

Les espagnols, après quatre décennies de gestion franquiste, sont méfiants par rapport aux pouvoirs publics. Ces différents facteurs expliquent qu'il y a eu peu de coopération entre le privé et les pouvoirs publics. Cette situation a induit une réponse symbolique et tardive. Jusqu'en 1984, l'indifférence prévaut. La première mesure officielle a été prise en 1985, il s'agit du contrôle des produits sanguins qui ne sera étendu qu'à l'ensemble des produits en 1987. Pour la surveillance épidémiologique, le système de déclaration reste volontaire mais, selon les régions, la déclaration nominale des cas de sida existe. Même si de nombreuses voix se sont élevées en faveur du dépistage obligatoire, elles n'ont rencontré que peu d'écho. Ces approches coercitives étaient contraires à la culture prévalant au sein de la jeune administration socialiste. (41) Des campagnes de prévention sont tout de même lancées au début des années 1990, notamment envers les toxicomanes. Cependant, en 1996, l'incidence des cas de sida reste la plus élevée en Europe et les usagers de drogues intraveineuses représentent toujours 67% des malades, contre 25% en France à la même époque. (41)

## II.5.2 Les campagnes de prévention

Dans chaque pays le contenu des campagnes publiques résulte du compromis politique, explicite ou implicite, sur les questions de savoir, d'une part, comment traiter l'homosexualité et l'articuler à la prévention des IST en général, et d'autre part, comment promouvoir le préservatif sans heurter les attitudes morales.

En Allemagne, l'enjeu homosexuel se révèle moins central. La responsabilité individuelle est mise en avant, les campagnes sont un peu moralisatrices. Voici des slogans diffusés dans les premières campagnes : Verantwortung gehört dazu (La responsabilité en fait parti), unsere Treue schützt uns beide (notre fidélité nous protège tous les deux), Schutz aus Liebe (Protéger/protégé par amour).

Le message Gib Aids kein Chance (ne laisse aucune chance au sida) se diffuse accompagné d'une traduction orale : le sida, on ne le reçoit pas, on le contracte soi même. L'appel à la

morale n'empêche pas des messages contextualisés et explicites. Par exemple, les campagnes visant le recours à la prostitution s'adresse aux clients, avec le slogan *der Freier nur mit* (le client toujours avec), sous entendu le préservatif. (29)

Au Royaume uni, les campagnes ont été franches et osées. Le choix s'explique par l'hypothèse, au début largement partagée par les experts et les responsables politiques, selon laquelle l'épidémie pouvait atteindre rapidement la population générale. Il s'en suit la mise en place d'une véritable stratégie de guerre. Les premières campagnes en 1986 mettent en scène des pierres tombales et des icebergs symbolisant la mort certaine et le grand nombre de personnes séropositives, invisibles, cachées dans la population générale.

Un nouvel organisme, le Health Education Authority est mis en place en 1987, avec pour objectif de développer des campagnes nationales envers la sexualité et la toxicomanie. Le gouvernement pousse à une éducation orientée vers les valeurs morales traditionnelles tandis que les homosexuels, craignant une stigmatisation, militent pour la promotion du préservatif pour tous. Le compromis entre les acteurs porte sur une stratégie éducative basée sur l'information et permettant aux individus d'adopter un comportement responsable dans le domaine de la sexualité et de la toxicomanie. Les slogans utilisés sont : *Stick to one faithful partner, or always use condom; The more sexual partner you have, the greater danger; You know the risk, the decision is yours.* Ces slogans s'appliquent également aux homosexuels.(29)

En Italie, trois éléments expliquent la faible part de l'enjeu sexuel dans les politiques. Le premier élément est épidémiologique, l'épidémie étant liée principalement à la toxicomanie. Le deuxième élément réside dans l'influence de l'Eglise Catholique, la séparation officielle entre l'Eglise et l'Etat ne date que de 1984. C'est seulement lorsque le parti libéral obtient le ministère de la santé que les pouvoirs publics définissent la sexualité comme un enjeu de santé publique. La troisième raison renvoie à la liberté d'initiative au niveau local. Elle permet d'engager des actions de proximité envers les homosexuels sans que cela n'atteigne le pouvoir central.

La lettre adressée en 1988 à tous les ménages explique de façon neutre les données médicales et assure que la vie familiale normale protège du risque. Les pratiques et situations à risques sont énumérées, les rapports homosexuels figurant en dernier, après l'hémophilie et la transfusion sanguine. Les campagnes suivantes incitent chacun à utiliser le préservatif dès lors qu'il sort du cadre de la fidélité conjugale.(29)

En Espagne en 1989 est lancée une campagne d'information sur les comportements à risques et une campagne de réassurance. Les régions jouissant de la plus large autonomie, la Catalogne et le Pays Basque, sont aussi celles qui connaissent le plus grand nombre de cas sida. Dans ces provinces, la politique de lutte contre le sida est plus précoce (1987) et plus offensive. Il existe un organe national de coordination, mais il n'a que peu de réels pouvoirs et un faible champ d'action.

La première campagne en faveur des préservatifs date de 1990. Elle provoque la colère des évêques espagnols. L'influence de l'Eglise Catholique reste forte. Le sida est ainsi resté pendant très longtemps une maladie déshonorante.(41)

En 1990 est lancée une politique de réduction des risques, afin de prévenir le sida chez les usagers de drogues qui sont les plus touchés.(42) Le profil épidémiologique de l'Espagne changera peu, et elle stabilisera son épidémie plus tardivement que les autres pays.

Ces différents pays européens ont tous traversé différentes phases. Ils ont reconnu le problème sida, de ce problème a découlé une polémique, un débat sur les solutions à trouver. Tous ont mis en place une information de la population à visée préventive, puis le sida est progressivement entré dans la gestion courante, l'option libérale primant sur des politiques répressives.

En fonction du profil épidémiologique du pays, de la politique centralisée ou décentralisée et de l'agenda électoral du pays, de la réactivité du système de santé, de sa culture et de son histoire (acceptation de l'homosexualité, influence religieuse, relation entre association privée et pouvoirs publics), le temps de réaction et les moyens mis en œuvre, notamment le ton des campagnes de prévention a été différent. La France a répondu moins rapidement que les pays du Nord mais a réussi à stabiliser l'épidémie avant les pays du Sud.

## II.6. Le sida, une pandémie

### II.6.1 Extension du sida

Le sida a d'abord été identifié aux États-Unis au début des années 1980, mais les chercheurs ont constaté rapidement des cas en Europe et en Afrique et partout dans le monde. L'ONUSIDA estime à présent qu'il y avait au début des années 1980 moins de 200 000 personnes vivant avec le VIH, que leur nombre est monté en flèche, atteignant 3 millions vers le milieu des années 80 et près de 8 millions à la fin des années 80. Il est estimé à 25 millions au milieu des années 1990, 40 millions en 2001 et 33 millions en 2011.

#### L'Afrique subsaharienne

C'est la région du monde la plus touchée par le sida. Tout au début de l'épidémie sida, les taux de prévalence les plus élevés étaient concentrés le long des axes de transports qui traversent l'Afrique subsaharienne : à travers la Tanzanie et l'Ouganda, autour du lac Victoria, dans la république démocratique du Congo, et en Côte d'Ivoire. Les populations infectées, à savoir les soldats, les conducteurs de camion, les travailleurs migrants, les travailleurs du sexe, propagent la maladie à leur famille et communauté. L'épidémie en Afrique est favorisée par l'ignorance de la maladie, le manque d'accès aux services de prévention, de traitements et de soins, par le stigmatisation et la discrimination. Les rapports hétérosexuels sont le principal mode de transmission. Un certain nombre d'autres facteurs peuvent expliquer pourquoi l'Afrique est particulièrement touchée par le VIH. Entre autre, il convient de citer la forte incidence des IST, les vastes populations de réfugiés, la migration des hommes cherchant un travail saisonnier, et les pratiques culturelles qui tolèrent la multiplicité des partenaires sexuels. L'Ouganda et le Sénégal vont débiter plus tôt que les autres pays des politiques de santé publique contre le VIH et permettre d'endiguer partiellement l'épidémie au début des années 2000. (43)

#### Asie du Sud et du Sud-Est

Lorsqu'en 1990 Mirko D. Grmek écrit son livre, il constate que le sida arrive avec retard en Asie, mais que les conditions sont favorables à son expansion. D'après les estimations ONUSIDA, il y avait dans cette partie de l'Asie en 1990 moins de 600 000 personnes vivant avec le VIH. En 2001, leur nombre atteint les 6 millions, la moitié des cas touchant l'Inde. La

Thaïlande et le Cambodge étaient à l'origine au centre de l'épidémie. Le commerce prospère du sexe en Thaïlande a favorisé la propagation des infections. Le gouvernement Thaïlandais a lancé un programme d'utilisation obligatoire du préservatif dans les maisons closes, ce qui a permis de faire baisser la population séropositive parmi les travailleurs du sexe de 30% au début des années 1990 à 13% en 1999. En Indonésie, la prévalence reste assez basse jusqu'à la fin des années 1990, avec un bond au début des années 2000.(43)

#### Asie de l'Est et Pacifique

Le sida y est également arrivé tardivement, courant des années 1990. 4000 personnes estimées en 1990, 1 million en 2001. La majorité des cas est lié à la Chine. La prévalence au Japon est restée très faible et les cas liés à des personnes ayant contracté le sida à l'étranger. En 2001, en Chine, environ 70% des infections récentes est lié à l'usage de drogues. Les provinces les plus touchées bordent le triangle d'or de la production asiatique de drogue, à la jonction du Myanmar, du Laos et de la Thaïlande. Cette région est un axe majeur du trafic de stupéfiants, qui s'étend au nord de la Chine ainsi qu'à l'ouest en Asie Centrale et jusqu'en Europe. Une autre épidémie a débuté dans les régions plus rurales de Chine, liée à la vente de sang dans des centres souvent illégaux. L'infection par transmission sexuelle à la population plus générale débute dans les années 2000.(43)

#### Europe et Asie Centrale

En Europe de l'Est et en Asie centrale, le sida commence à s'installer début des années 1990, en se limitant aux consommateurs de drogues injectables. De 5000 personnes infectées en 1990, leur nombre passe à 1 million en 2001, la Russie totalisant le plus grand nombre de cas. L'accroissement de l'activité sexuelle et de la consommation de drogue injectable chez les jeunes, le chômage massif, l'insécurité économique et la détérioration des services de santé publique favorisent la progression de la maladie.

#### Amérique Latine et Caraïbe

L'épidémie explose fin des années 1980 début des années 1990, 10 000 cas sont recensés à cette époque simplement pour le Brésil. En 2001, 1,9 millions vivent avec le VIH dans cette région du monde.

En Amérique Latine, l'épidémie a d'abord touché des populations marginales, homosexuels masculins, prostituées, usagers de drogues injectables avant de se répandre par transmission

hétérosexuelle. Les taux d'infections ont commencé à baisser à la fin des années 1990, probablement en réponse aux programmes de préventions qui ciblaient les populations les plus exposées au virus.

Dans les Caraïbes, la transmission est majoritairement hétérosexuelle. La prévalence est la plus élevée dans cette région du monde derrière l'Afrique subsaharienne. La gravité de l'épidémie dans cette région a souvent été négligée du fait du faible bassin de population. Les changements fréquents de partenaires chez les jeunes, la prostitution liée à la pauvreté, la migration et les déplacements fréquents vers les Etats-Unis favorisent aussi la propagation du VIH.

#### Afrique du Nord et Moyen Orient

Les taux d'infections par le VIH sont relativement faibles en Afrique du Nord et au Moyen Orient. D'après les estimations, 500 000 personnes sont touchées en 2001, soit une prévalence de 0,5% dans la population adulte, équivalente à l'Europe occidentale. Les systèmes de santé publique n'ont pas surveillé de près les modes de transmission du VIH, les observations portent à croire que la transmission est d'abord sexuelle puis liée à l'usage de drogue intraveineuse. L'ONUSIDA constate en 2001 une augmentation importante chez les femmes enceintes dans le sud de l'Algérie.(43)

#### Amérique du nord

En 1988, le nombre estimé de séropositifs au Etats-Unis est de 1 à 2 millions. (11) La transmission est majoritairement liés à l'homosexualité masculine (63%), secondairement à la toxicomanie intraveineuse (19%), les cas de sida liés à la transmission hétérosexuelle sont estimés à 5%. Des programmes de prévention sont mis en place aux USA.(44) Dès 1985, l'accroissement de cas chez les homosexuels blancs ralenti. En 1988, Les Noirs et les Hispaniques sont respectivement 3,6 et 2,5 fois plus fréquemment séropositifs que les Américains moyens. (11)

En 2001, environ 940 000 adultes et enfants sont porteurs du VIH au Canada et aux Etats-Unis. La transmission reste majoritairement homosexuelle, mais la consommation de drogues injectables et les relations hétérosexuelles sont aussi des causes importantes. Les minorités raciales et les populations défavorisées courent un risque beaucoup plus élevé de contracter l'infection. 30% des femmes américaines sont d'origine hispanique ou noire. 80% des femmes américaines séropositives sont d'origine hispanique ou noires.(43)

## II.6.2 Une réponse internationale à la pandémie

Si la réponse individuelle des pays touchés par le sida est variable, la volonté internationale de lutter contre cette maladie émergente a lieu rapidement.

En 1985 a lieu à Atlanta, ville des CDC, la première conférence internationale sur le sida, qui se répétera tous les ans. Fin 1986, 85 pays déclarent leurs cas de sida à l'OMS. En février 1987, le programme mondial de lutte contre le sida est créé au sein de l'OMS. En octobre 1987, dans une atmosphère où se mêlent la méfiance, les craintes irrationnelles et le désir d'un effort collectif contre cette maladie, le sida se trouve mis à l'ordre du jour de l'assemblée générale des Nations Unies. C'est la première fois qu'une maladie fait l'objet d'un débat à ce niveau de la collaboration politique internationale. En 1988 le directeur de l'OMS déclare que le sida est « le principal problème de santé publique dans le monde ». (11)

Dès le début des années 1990, le programme mondial de lutte contre le sida aura 3 objectifs : prévenir l'infection à VIH, réduire l'impact personnel du VIH, assurer l'unité des efforts nationaux et internationaux de la lutte contre le sida. Le montant du budget du programme est de 90 751 590 US dollars en 1990. L'OMS collabore avec les Nations-Unies, l'UNICEF, l'UNESCO, la banque mondiale, les ONG. (45) En 1990, on estime à 8 millions le nombre de séropositifs dans le monde, ce chiffre passe à 18 millions en 1995. En 1995 est créée l'ONUSIDA, avec pour objectif notamment une meilleure coordination des différentes instances. (46)

Avec l'arrivée des trithérapies, le sida se « normalise » dans les pays du Nord, les malades ayant accès aux traitements. Dans les pays du Sud, la progression se poursuit et la question de l'accès aux traitements devient primordiale. En 2000, 36,1 millions de personnes sont séropositives.

En 2001 s'ouvre un procès à Pretoria en Afrique du Sud opposant les firmes pharmaceutiques qui souhaitent protéger leurs brevets et le gouvernement d'Afrique du sud qui souhaite produire lui-même les traitements, afin d'en diminuer le coût pour permettre un accès à sa population. Après médiatisation notamment par des ONG dont le Treatment Action

Campaign (TAC), l'industrie pharmaceutique va retirer sa plainte. Suite à cet événement, l'Organisation Mondiale du Commerce adopte à Doha le 14 novembre 2001 une déclaration affirmant que la santé publique prime sur les brevets. L'Afrique du Sud, le Brésil et d'autres pays vont produire leurs médicaments.

Suite au procès, l'idée de créer un Fond Mondial contre le sida, la tuberculose et le paludisme émerge. Le fond mondial prend naissance le 29 janvier 2002 après des négociations entre l'OMS, l'ONUSIDA, la Banque Mondiale, de nombreux pays et des ONG.(47)

Fin 2010, l'ONUSIDA estime que 34 millions de personnes vivent avec le VIH. Dans les pays à revenus faibles et intermédiaires 47% des 14,2 millions de personnes nécessitant un traitement bénéficient d'une trithérapie antivirale.(48)

## ***II.7 Frises chronologiques***

### **II.7.1 Principaux événements**

## **II.7.2 Films sur la période**

### **III. Etude du corpus**

#### **III.1 Origine du corpus**

Le corpus comprend vingt-trois films, produits de 1987 à 1999.

Ce corpus de films de prévention sur le sida avait été rassemblé par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Alsace associée au Comité Régional d'Education pour la Santé en Alsace. Ils étaient prêtés à des acteurs de prévention.

En 2005, ce fonds d'outils a été donné par le Comité Régional d'Education pour la Santé au Centre d'Information Régional sur les Drogues et sur les Dépendances d'Alsace

(CIRDD) nouvellement formé, avec l'idée de rassembler en un seul lieu la documentation pour la santé à Strasbourg et en particulier tout ce qui concerne les conduites à risque.

En 2007 est finalement créé un centre actuellement appelé "Espace régional de documentation en Education pour la santé" qui rassemble la documentation de la Caisse régionale d'Assurance Maladie et du Comité Régional d'Education pour la Santé. En 2011 le Comité Régional d'Education pour la Santé devient l'IREPS, Instance Régional d'Education et de Promotion de la Santé en alsace.

Le CIRDD a gardé ce corpus de film en VHS et constaté que la grande majorité ne présentait plus qu'un intérêt historique. Le Pr Bonah a alors proposé de numériser les films et a ainsi récupéré un exemplaire de chaque film, présents au laboratoire d'épistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé, département histoire de la médecine, à la faculté de Médecine de Strasbourg.

Le corpus étudié ici doit intégrer la plateforme pédagogique MEDFILM (<http://medfilm.unistra.fr>), développée dans le cadre du programme ANR (Agence Nationale de Recherche) porté par le Département d'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé de l'Université de Strasbourg.

La plateforme pédagogique MEDFILM propose une base de données sur l'histoire de la santé à partir d'une banque de films avec leurs analyses écrites. Le but est de rendre ces supports accessibles et facilement exploitables pour l'enseignement des Sciences humaines et sociales en médecine et en pharmacie ainsi que pour l'histoire des sciences et des techniques et les études sociales des sciences, et autres champs d'études en relation.

Dans le cadre de recherches dans les domaines de la santé, de la médecine et de l'hygiène, la plateforme privilégie les archives audiovisuelles en tant que vecteurs de communication sur les politiques de santé, la nature d'une maladie, les modalités de prévention et de soins, qu'il s'agisse d'un public ciblé ou du grand public. Les films intégrés à la plateforme sont produits pour des campagnes de santé, ou sont des films éducatifs et d'information dans le cadre scolaire et professionnel, ils sont également des films réalisés en dehors d'une finalité sanitaire, comme le cinéma de fiction ou le cinéma documentaire.

MEDFILM héberge également des documents (dossiers de productions, articles de presse, communications de journées d'études...) permettant de contextualiser les films, ainsi que des publications scientifiques, des travaux de recherche et d'étudiants qui leur sont consacrés et des propositions d'enseignement thématiques s'appuyant sur la base de données.

Toutes les fiches des films sont consultables intégralement consultables. Les films eux-mêmes ne peuvent être diffusés publiquement sans restriction. Dans ces cas, un extrait est diffusé lorsque c'est possible.

Les films du corpus ont des durées variables, de 2 à 5 minutes pour les courts métrages de « 3000 scénarios pour un virus » à 95 minutes pour « Une histoire qui n'a pas de fin ».

Les pouvoirs publics ont subventionné directement ou indirectement 17 films sur les 23 films. Certains sont des commandes ministérielles (Ministère de la santé, de l'éducation nationale), ou de la DGS. Les autres sont financés par l'AFLS, le CRIPS, le CEFS, ou par une association agréée par le Ministère de la santé. La DDASS et la sécurité sociale participent également.

Des financements d'organismes privés ont également soutenu ces films (Rhône-Poulenc, Glaxo-Wellcome, Roche).

Deux films sont issus d'initiatives plus locales, l'un financé par la ville de Nantes, l'autre par une association de quartier de la ville de Clermont Ferrand.

Deux films sont subventionnés par l'Agence de Prévention Sida de Belgique.

Un film est subventionné par l'OMS.

Un film est réalisé au Burkina Faso, avec une participation de la DGS.

### **III.2. Trois périodes**

Les films débutent en 1987, année du premier film de prévention grand public lancé par Michèle Barzach.

Au début de l'épidémie, les films souhaitent être informatifs pour lutter contre les fausses croyances sur la transmission du virus, mobiliser la population pour que chacun se sente concerné par le sida et adopte une attitude préventive, qui passe principalement par l'utilisation du préservatif. La cible est essentiellement les jeunes. La solidarité envers les malades tient également une place importante. Les films utilisent principalement des reportages et l'interview de scientifiques.

Dans les films tournés en 1994, le sida est replacé dans un contexte politique, social et psychologique. La cible reste principalement les jeunes. La prévention par le préservatif et la

solidarité envers les malades est toujours présente. La forme est différente : les films utilisent la fiction, ou des mises en scène initiées par des jeunes pour faire passer le message. De nombreuses stars du monde artistique prêtent leur voix, leur image ou leurs compétences (réalisateurs ou acteurs des 3000 scénarios) pour la cause sida. Les malades et la gestion de la séropositivité, déjà timidement présents dans la première période, sont un thème à part entière.

La plupart des films après 1994 est tourné après la mise sur le marché des trithérapies. Les jeunes ne sont plus la cible principale. 1 films donnent la parole aux malades sous traitement. Les autres visent des publics particuliers, femmes, migrants. Dans les reportages, ce ne sont plus uniquement les malades, les médecins, les associatifs qui sont interviewés. Historiens, ethnologues, sociologues replacent le sida dans un certain contexte. La prise en compte de l'aspect pandémique du sida est plus importante. La fiction est utilisée. La prévention sexuelle par le préservatif et la solidarité envers les malades sont toujours présentes.

7 films sont tournés avant 1994 (de 1987 à 1990), 6 films en 1994, 10 films après 1994.

Les thèmes liés au préservatif, au dépistage, aux jeunes, aux migrants et aux femmes, abordés à travers les films du corpus, sont développés dans la partie suivante.

### **III.2.1 Première période : Combattre la peur par l'information**

Dans les films avant 1994, l'information sur le sida et ses modes de transmission tient une place prépondérante. Il faut informer le grand public et arrêter les fausses croyances. Les jeunes et par leur intermédiaire le grand public est visé, les professionnels de santé sont également des cibles.

La peur de la contamination est source de comportements individuels et collectifs irrationnels. En 1987, Michèle Barzach, interrogée à la télévision sur le sida et sa politique, explique qu'elle « ne veut pas faire l'émission de la peur ».(24) Il faut informer la population pour contrecarrer la panique liée à l'épidémie et asseoir l'option politique libérale prise dans la politique de lutte contre le sida. La prévention passe par l'information sur le virus, sa transmission, et les moyens de prévention, essentiellement le préservatif. Il est timidement question de dépistage dans les films.

La peur est source de stigmatisation envers les personnes malades. La volonté de non stigmatisation est forte du côté des pouvoirs publics et des associations naissantes, AIDES en tête. Avec la connaissance des modes de transmission, l'exclusion dont peuvent être victime les séropositifs est irrationnelle. Cette exclusion n'est ni scientifiquement ni moralement défendable. L'argumentation en faveur de la non exclusion va même plus loin : l'exclusion peut mener la personne malade à préférer se taire et continuer à transmettre la maladie. La lutte contre la peur et donc l'exclusion fait partie de la prévention sida. Ainsi, les films de 1987, deux produits par AIDES et un par le ministère de l'éducation nationale, sont informatifs sur les modes de transmission. Les reportages utilisent des interviews de scientifiques reconnus pour leur connaissance concernant le sida (Pr Montagnier, Dr Barré\_Sinoussi, Pr Claude Griscelli). Les films, dans un but pédagogiques, s'aident de schéma ou d'animation pour expliquer le sida, ses modes de transmission et de protection. La non contamination par contact, par la salive, est rappelée. Les films rationalisent le sida et proposent des clefs pour une prévention individuelle, principalement les préservatif, en espérant toucher le spectateur. Une certaine honnêteté intellectuelle est respectée. Les scientifiques expliquent que la salive contient du virus, mais qu'aucun cas de contamination par ce mode n'a été rapporté.

Les films d'AIDES montrent également par des témoignages la souffrance des malades lorsqu'ils sont pris en charge par des soignants qui ne sont pas formés et ont eux même peur. Il faut informer les soignants en premier lieu et la population générale.

*Sida, le virus*, de 1988, décrit, sur fond de lames de microscope, le sida et sa pénétration dans l'organisme. La rationalité scientifique et l'espoir en la recherche priment.

*Le sida tu ne l'attraperas pas*, produit en 1990 avec l'AFLS, est un film d'animation rassurant sur le fond et la forme. Il explique les modes de transmission du sida, invite à la prévention par le préservatif. Il rappelle que le virus ne se transmet pas à la piscine, sur la cuvette des toilettes publiques, etc. Il invite à la solidarité envers les malades. La solidarité est présentée presque de façon charitable, il ne faut évidemment pas laisser les malades seuls, il faut les aider.

*Alison*, réalisé en 1990 par l'OMS, n'est pas un film proprement informatif, il a pour but de démontrer que tout le monde est concerné.

Ces films ont également en commun une confiance réaffirmée dans la recherche médicale et scientifique : « On finira bien par trouver quelque chose ». Cela doit également rassurer le public.

### III.2.2 Deuxième période : le sida, une maladie politique et sociale

6 films du corpus sont produits en 1994. 1994 marque en quelque sorte l'apogée de la prévention. Les militants sida, association de première et deuxième génération sont très actifs. Le grand public est sensibilisé au sida par les campagnes de prévention qui se sont succédées et par l'affaire du sang contaminé. En 1994, le recul sur le sida est plus important, la séropositivité et le stade sida maladie sont connus, les bithérapies sont en cours, mais il n'existe pas de traitement encore réellement efficace.

La cible prééminente est encore le grand public par l'intermédiaire des jeunes. Un film est dirigé en direction des enfants. La prévention par le préservatif visant les hétérosexuels reste un enjeu majeur.

La lutte contre l'exclusion des séropositifs est toujours présente. *Sois Intelligent Dis le aux Autres*, dont le titre est explicite, invite à la solidarité envers un jeune homme de vingt ans rejeté par ses parents car séropositif. Le film est créé par une association de quartier à Clermond-Ferrand. Hormis *Temps d'Amour*, les 5 autres films mentionnent et dénoncent l'exclusion dont peuvent être victimes les séropositifs, y compris les enfants. L'exclusion est dénoncée, si la solidarité aux malades est toujours présente, l'aspect charitable d'aide au malade n'a plus sa place.

La lutte contre les fausses croyances liées à la transmission et la description des modes de transmission du sida n'est plus un des enjeux majeurs. Les modes de transmission sont rappelés dans certains films à visée d'exhaustivité, mais ça n'est plus le principal message.

Ces films ne présentent plus uniquement le sida comme un virus dont il ne faut pas avoir peur mais dont il faut se protéger. La lutte contre les fausses croyances et la peur n'est plus l'enjeu principal. Le sida est replacé dans un contexte politique, social, psychologique.

La voie des séropositifs, des malades, déjà présente par l'intermédiaire d'AIDES en 1987, est plus revendicative et virulente, sous l'impulsion des associations de deuxième génération, Act-Up en tête. *Sid'Aventure* se fait l'écho de l'« inaction des pouvoirs publics » et de l'« urgence » de la cause sida : si le sida a autant progressé et fait tant de morts en France, les pouvoirs publics ont leur part de responsabilité.

Les soignants d'une *histoire qui n'a pas de fin* reconnaissent les changements de regard qui ont eu lieu sur le sida et les séropositifs. Les soignants interviewés présentent la notion de « faute » liée au sida, en particulier envers les homosexuels, présent dans l'inconscient collectif.

Le vécu de la séropositivité est également abordé. Il est abordé dans *Sid'Aventure* par l'intermédiaire des témoignages des associatifs, souvent eux-même séropositifs, ou de la famille d'un séropositif. Il est abordé par la fiction dans les *3000 scénarios contre un virus*, dans *Sois Intelligent Dis le aux Autres*. La dimension affective et émotive autour du sida tient une plus grande place, exprimée par des témoignages ou par des fictions.

La problématique sida, sexualité et relations amoureuses est abordée de façon plus réaliste et sereine. La fiction est utilisée pour replacer le préservatif au sein d'une relation. Dans la première période, la relation amoureuse est abordée de façon très rapide et presque maladroite dans *Attention Sida* par Luc Montagnier (il faut choisir ses partenaires ou mettre un préservatif). Elle est abordée de façon naïve dans *Le sida tu ne l'attraperas pas*. Alison explique qu'elle n'a plus de rapport avec son ami depuis l'annonce de sa séropositivité. Les 3000 scénarios abordent sida (gestion séropositivité, port du préservatif) et relation amoureuse au sein de différents couples (âge, orientation sexuelle) à différents stades de leur relation. *Temps d'Amour* et *Sois Intelligent Dis le aux Autres* abordent également le thème sida et couple.

La forme des films a changé. L'information n'est plus donnée uniquement de façon descendante par l'intermédiaires de scientifiques reconnus.

Les films *Attention Sida* (1987) et *Temps d'Amour* (1994) sont des commandes du Ministère de l'éducation nationale. Dans le premier, les informations sont délivrées par Luc Montagnier filmé en gros plan. Le second est une fiction, présentée comme un épisode de sitcom avec des reportages de professionnels de santé intégrés dans la fiction. Ces professionnels sont un médecin hospitalier, un médecin scolaire, une éducatrice en sexualité, un intervenant en prévention du CRIP. Le scénario de *Temps d'Amour* est basé sur le

désaccord entre deux jeunes sur le préservatif. La place des médecins, de la recherche, a changé. Si des progrès sont toujours attendus, l'espoir d'un traitement ou d'un vaccin rapidement mis sur le marché est moins grand.

La fiction a fait son entrée dans la prévention, 4 films sur les 6 de la période l'utilisent. La fiction présente plusieurs avantages. Elle permet de faire passer des informations de façon agréable. Elle peut susciter, plus qu'un simple exposé, réflexion de la part du spectateur. Elle facilite l'abord de thème difficile comme celui de la sexualité. Elle peut faire appel à l'émotion sans être trop mélo-dramatique. Ainsi, la situation du héros de *Sois Intelligent Dis le aux Autres* pourrait vite apparaître difficile pour le spectateur si cela était un témoignage. L'utilisation de l'humour pour toucher le spectateur est également plus aisée que dans un documentaire ou un reportage.

Les pouvoirs publics ne sont plus les seuls à prendre des initiatives pour la prévention. S'ils subventionnent les films, les initiatives sont plus locales. Les jeunes de Sid'Aventure revendiquent l'initiative du film, les 3000 scénarios sont issus d'idées de jeunes à travers la France, *Sois Intelligent Dis le aux Autres* et *Le Sida C'est quoi* sont des initiatives et des réalisations très locales.

Par contre dans ces deux premières périodes, des stars du monde artistique sont utilisées pour accrocher le public visé, les jeunes, mettre en valeur la cause sida, et vendre le préservatif. Cette utilisation est probablement multifactorielle : le monde artistique est finalement mobilisé assez tôt dans l'épidémie, car parfois touché en premier lieu. L'utilisation de stars donne une visibilité médiatique à la prévention, et en retour le fait d'utiliser son image à des fins charitable de lutte contre le sida est positive. La stratégie d'endossement par les célébrités en publicité consiste en l'utilisation d'une ou plusieurs personnes célèbres pour promouvoir un produit ou une marque. Les célébrités, par leur attractivité et leur crédibilité, peuvent contribuer à un changement d'attitude.<sup>(49)</sup> Dans *Attention Sida*, de nombreuses stars scandent des slogans en faveur de l'utilisation du préservatif.

### **III.2.3 Troisième période : une lutte qui appelle d'autres luttes**

Le sida reste placé dans un contexte politique, social et psychologique. La dimension internationale de la pandémie apparaît au travers des films de cette troisième période.

Les cibles changent. Aucun film ne s'adresse spécifiquement aux jeunes.

Les films s'adressent aux migrants en France, s'interrogent sur la prévention au sein de cette communauté. Deux films s'adressent au grand public en traitant spécifiquement des femmes. Les films s'adressent aux professionnels en contact avec les enfants, enseignants, personnels de crèche. Les films s'adressent aux malades et aux médecins, avec les témoignages de séropositifs sous trithérapie. Un film de solidarité s'adresse au grand public sans cibler principalement les jeunes.

La prévention de la transmission hétérosexuelle est toujours au centre des films, quelque soit le public concerné.

La lutte contre l'exclusion est toujours présente. Dans *Les enfants et le sida* (1996), le contenu est encore très informatif sur les moyens de transmission. Le but de ce documentaire est de faire prendre conscience de la possibilité d'intégrer sans danger les enfants séropositifs en collectivité, à condition de prendre des précautions sanitaires élémentaires. Les professionnels de santé interrogés font partie d'un hôpital centre de référence sur le sida en Belgique. Des médecins s'expriment, mais également des psychologues, des infirmières. Ce reportage est signé par les pouvoirs publics belges, il justifie la politique de confidentialité et d'intégration des enfants séropositifs en collectivité. Sa trame est peu différente des films de la première partie du corpus commandés par les Ministères, mais elle vise spécifiquement la non exclusion des enfants séropositifs. L'autre film Belge *l'amitié* raconte la réalisation d'un film d'animation par des enfants d'une école primaire sur le thème du sida. Le scénario est basé sur le refus par une classe de l'exclusion d'un enfant séropositif.

La solidarité aux malades est un thème qui reste abordé dans cette troisième période, notamment au travers d'une fiction, *Un père au casque*, réalisé comme le témoignage de quatre personnes. Ce film évoque la séropositivité sous plusieurs aspects, l'acceptation des traitements (prises et efficacité), l'acceptation par l'entourage, la naissance de nouvelles relations amoureuses.

Les revendications des malades se déplacent d'une demande de mobilisation des pouvoirs publics à une demande de prise en compte de tous les aspects de la vie du malade par les médecins, notamment les effets secondaires des trithérapies.

Une autre dimension apparaît, celle des exclus de la prévention comme les migrants, qui ne vont pas forcément recevoir les messages de prévention, ou les femmes, qui ont été exclues au début de l'épidémie en raison de l'histoire du sida liée à l'homosexualité.

Après avoir été lié à la marginalité, (homosexuels, toxicomanes, prostituées), le sida apparaît comme touchant principalement tous ceux qui sont exclus de la société. La mobilisation initiale des homosexuels face aux pouvoirs publics est citée de nombreuses fois en exemple.

L'inégalité entre les pays riches du Nord où les patients ont accès aux traitements et les pays plus pauvres au Sud est mentionnée, contrairement aux autres périodes.

La lutte contre le sida, presque gagnée grâce aux trithérapies accessibles en Europe, apparaît comme internationale et multifactorielle : lutte contre la pauvreté, lutte pour le droit des femmes, lutte pour une meilleure compréhension entre les cultures ou entre les générations...

La plupart de ces films, qu'ils utilisent reportages, témoignages ou fiction, ne vise pas simplement à informer pour entraîner une modification individuelle de comportement. Ils sensibilisent à différentes problématiques autour du sida et invitent le public à réfléchir : comment organiser la prévention vers les migrants ? Moi, adolescente, moi musulman, comment je me positionne face au sida, face au préservatif ?

3 films sont tournés en partie ou sous-titrés dans d'autres langues que le français, dont deux sont des fictions.

Les documentaires n'utilisent plus simplement les témoignages de médecins spécialistes du sida, de malades ou d'associations de lutte contre le sida. Ethnologue, historiens, psychologue, gynécologues, médecins généralistes, infirmiers, acteurs de prévention de terrain, élus, simples citoyens apportent également leurs éclairages. Le sida s'est normalisé, presque démocratisé.

Les stars ne sont plus présentes dans cette troisième période. Les messages sont certes moins publicitaires, mais c'est probablement également lié à « la désaffection de la cause sida ». Le sida, remédicalisé par les trithérapies, est moins médiatique.

### **III.3 Thèmes et Cibles de la prévention**

#### **III.3.1 Sida et préservatif**

##### **III.3.1.1 Promotion du préservatif**

Promouvoir le préservatif est un des enjeux de la lutte contre le sida.

La totalité des films du corpus mentionne le préservatif. Il occupe une place centrale dans 9 films.

Lors de l'arrivée du sida en France, la promotion des moyens de contraception est interdite depuis 1920. La loi du 31 juillet 1920 réprime « la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle ». La loi de Neuwirth, le 28 décembre 1967, autorise la contraception, mais sa publicité n'est pas autorisée. Sur l'initiative de Michèle Barzach la publicité du préservatif en tant que moyen de lutte contre les maladies sexuellement transmissibles est autorisée en 1987. (50)

Dans l'émission Soir 3 du 24 juin 1986, la présentatrice annonce : Faute de pouvoir traiter le sida, on peut au moins essayer de le prévenir. Il existe pour cela des précautions fort simples, comme l'utilisation de préservatifs. Voilà pourquoi la secrétaire d'état à la santé, Michèle Barzach, a décidé d'autoriser la publicité sur les préservatifs ce qui serait déjà un élément d'information et une façon peut être de lever une forme de tabou en France.

La Ministre se justifie au cours d'une autre émission de juillet 1986 sur la nécessité de changer la loi : le sida ne touche pas uniquement les homosexuels et les toxicomanes, les jeunes en particuliers sont à risques, le sida progresse rapidement en France : 2 nouveaux cas par semaine. Le préservatif « est le seul moyen de prévention concret dont nous disposons aujourd'hui. On pourra faire de la publicité pour le préservatif, moyen de prophylaxie. »

Le préservatif a en France alors une connotation négative, liée à la prostitution, à l'adultère. Celui qui l'achète a honte. La publicité doit déculpabiliser le consommateur. (51)

La première campagne contre le sida de 1987 met donc en scène des jeunes brisant la ligne rouge de cette épidémie qui ne doit pas flamber. Dans l'un des films, le préservatif apparaît furtivement, alors que deux jeunes gens sont enlacés.

Après Michèle Barzach, Claude Evin va reprendre le ministère, puis L'AFLS sera en charge de la communication publique. Jusqu'en 1994, la politique de communication est fondée sur le découplage entre sida et préservatif. Il s'agit de développer la « normalisation, banalisation culturelle, et la positivation du préservatif. Le préservatif doit entrer dans les mœurs, indépendamment de l'âge, du risque, même si les jeunes sont majoritairement visés. L'usage du préservatif doit devenir un acte allant de soi. Cette orientation a été prise en collaboration avec les principaux acteurs de la lutte contre le sida. L'AFLS entérine cette option de communication, car « associer explicitement préservatif et sida dans les campagnes de publicité aboutirait en fait à le percevoir comme un médicament pour une maladie très grave et irait à l'encontre de l'effort de banalisation et de valorisation. »

Elle est discutée dès le départ, un membre du SID rédige une note en 1988 pour s'opposer à cette orientation : « Il me paraît dangereux de déconnecter la campagne préservatif de la notion de sida. Il est en effet illusoire de vouloir faire du préservatif l'élément naturel du rapport sexuel si l'on n'apporte pas une justification à son utilisation. »

Mais la décision du découplage préservatif sida est prise. La promotion du préservatif passera par un phénomène de mode qui le rendra attrayant.

Les campagnes telles que les préservatifs vous souhaitent de bonnes vacances, sont un exemple de ces choix de communication.

Cibler le préservatif permet également d'éviter de parler des groupes à risques et de les stigmatiser. Tout le monde est concerné, tout le monde doit se protéger en utilisant le préservatif.(22)

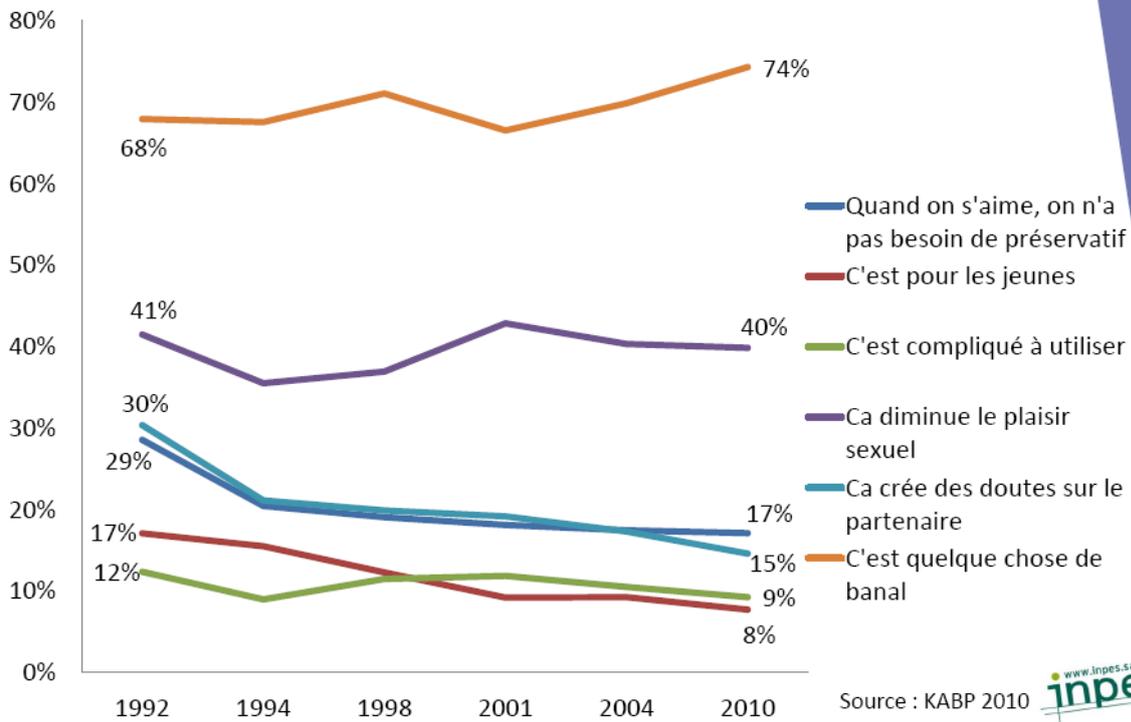
Après la dissolution de l'AFLS, le Ministère, l'ANRS, ancien membre de l'AFLS et CFES réfléchissent aux nouveaux axes de communication. La communication veut être axée sur les situations à risques, sans pointer un individu ou un groupe de population, toujours avec ce souci de non stigmatisation mais d'efficacité. Une coupure est faite avec l'orientation précédente qui souhaitait dissocier risque de maladie et préservatif. L'évolution générale de l'image du préservatif, la diffusion des connaissances sur les modes de transmission, ont permis de passer à une communication qui nuance un message jusque là axé sur le « tout

préservatif ». En janvier 1995 est diffusée une nouvelle campagne grand public. Elle associe de façon claire sida et préservatif : à ceux qui pensent qu'il existe un vaccin contre le sida, voilà à quoi il ressemble : photo d'un préservatif sorti de son emballage. Pour la première fois, il est aussi question d'abandon du préservatif sous certaines conditions.(22)

L'arrivée des multithérapies en 1996 change l'image du sida. Les campagnes vont essayer de sensibiliser le public au fait que le risque existe toujours et que l'utilisation du préservatif est toujours nécessaire. En 1998, après une mise en évidence de la baisse de perception du risque, une nouvelle campagne grand public est lancée, utilisant l'humour pour vaincre les possibles freins à l'utilisation du préservatif.(40)

Sur la période considérée 1987/1999, l'image et l'utilisation du préservatif ont évolué, conformément au souhait de ceux en charge de sa promotion. Les enquêtes KABP, Knowledge, Attitudes, Beliefs and Practices, (connaissance, attitudes, croyances et comportements face au VIH/Sida) réalisées en France en 1992, 1994, 1998, permettent de suivre l'évolution des comportements face au préservatif. Ses enquêtes ont été réalisées environ tous les 3 ans jusqu'à nos jours.

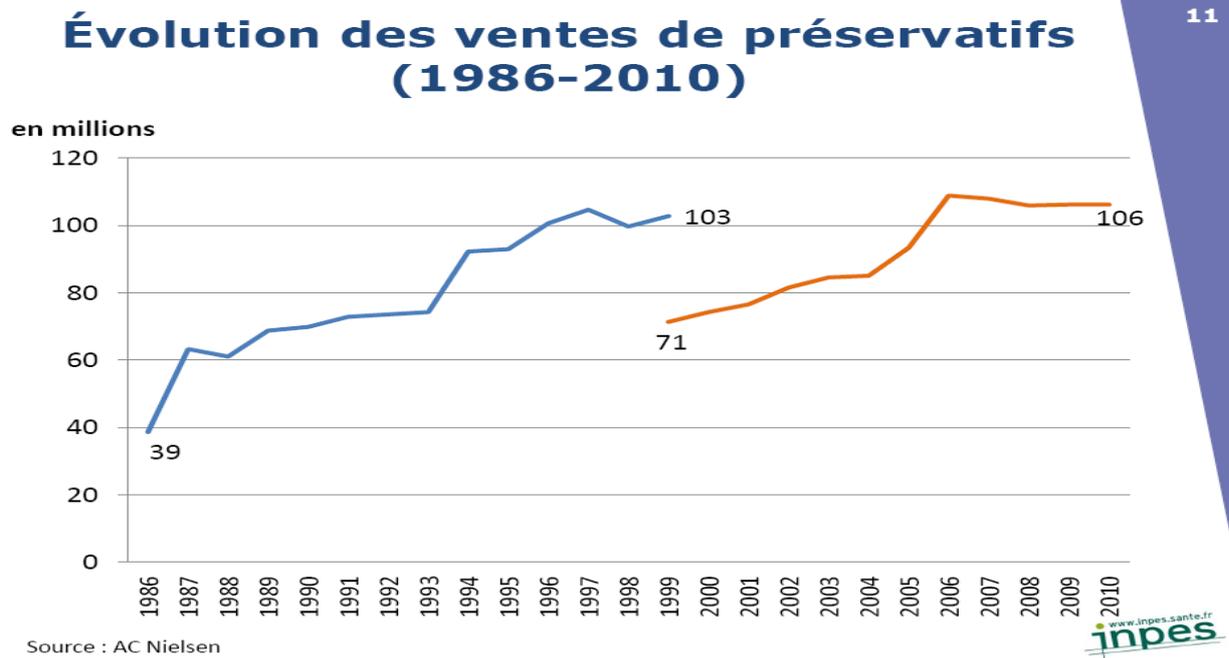
## Évolution de l'image du préservatif, enquêtes KABP 1992-2010



### 1 Enquête KABP 1992-2000 image du préservatif

L'image du préservatif s'est améliorée, il s'est « banalisé ». Les freins à l'utilisation sont assez stables sur la période considérée avec une nette diminution du « doute sur le partenaire ».

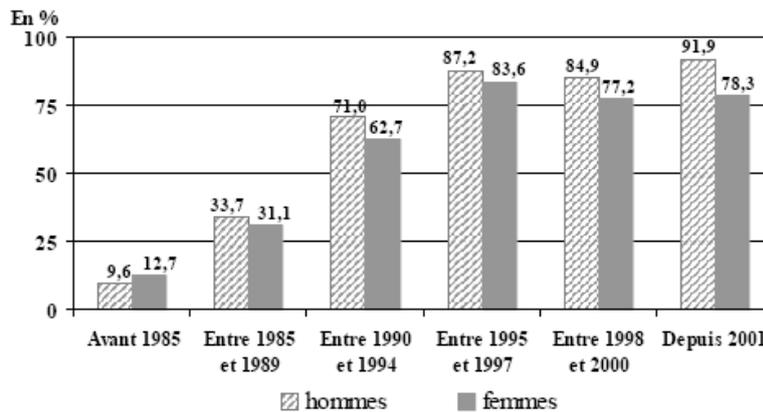
Les ventes des préservatifs ont augmenté.



## 2 Evolution des ventes de préservatif

Le graphique ci-dessous illustre l'utilisation du préservatif lors du premier rapport entre personnes hétérosexuelles. Il met en évidence la croissance de consommation et d'utilisation du préservatif, même s'il ne reflète qu'un moment particulier des relations sexuelles.

**Graphique 7.4 : Proportion de répondants ayant utilisé le préservatif lors du premier rapport hétérosexuel, selon l'année de leur premier rapport – Enquêtes 1994 à 2004<sup>(a)</sup>**



(a) la population de base est composée des individus âgés de 18 à 54 ans, liste blanche uniquement et ayant eu un premier rapport hétérosexuel. Les pourcentages représentés graphiquement sont calculés sur une population pondérée et redressée (n=4236 hommes et 5328 femmes).

### 3 Utilisation du préservatif au premier rapport hétérosexuel

#### III.3.1.2 La promotion du préservatif au sein du corpus

Le premier film ayant à cœur la promotion du préservatif débute avec *Attention Sida* en 1987. Le film est commandé par le ministère de l'éducation nationale en direction des jeunes. Michel Boujenah se joint au Pr Luc Montagnier pour expliquer les modes de contamination, de prévention, et mettre fin aux fausses croyances.

Le Pr Montagnier : « Le seul moyen d'action, c'est la prévention. ». Des images d'un homme atteint du sida avec des lésions cutanées, maigre, malade, ont été présentées auparavant. Dans un flash arrière, les photos du malade défilent alors qu'il était en pleine santé en train de faire de la planche à voile. « C'est là qu'il pouvait faire quelque chose », sous entendu avant d'être malade.

« Les drogués ne doivent pas échanger leurs seringues. Mais ce qui nous intéresse tous, c'est le problème des relations sexuelles. » Le Pr Montagnier invite à choisir ses partenaires. « Il faut donc prendre des précautions et avoir des rapports sexuels protégés. C'est à chacun de trouver sa propre solution. Ça n'est pas l'amour qui est en cause mais ce sont les rencontres de hasard avec les partenaires qu'on ne prend pas le temps de connaître. » Michel Boujenah demande s'il y a une assurance sexe, comme une assurance voiture, et combien elle coûte. Réponse du Pr Montagnier : « Pas grand-chose, c'est une assurance qu'on peut trouver dans toutes les bonnes pharmacies, et aussi ailleurs, je veux parler des préservatifs. »

Durant une bonne partie de son intervention, le Pr Montagnier est filmé en gros plan, l'auditoire doit être suspendu à ses lèvres. A la mention du préservatif, la musique reprend, Michel Boujenah sort des préservatifs de ses poches, en souriant, « il suffit de briser la glace. » La voie off reprend : Le préservatif a fait ses preuves dans la prévention de toutes les maladies sexuellement transmissibles. Il est en vente libre, on ne demande ni pièce d'identité ni adresse. Des schémas montrant les différentes étapes de pose et dépose du préservatif apparaissent à l'écran. La voie off entreprend les explications de la pose du préservatif : sur la verge en érection (schématisée à l'écran) avant tout rapport, avec un réservoir, sans utilisation de lubrifiant type vaseline, dépose avant la fin de l'érection afin d'éviter les fuites, utilisation unique, une poubelle est schématisée à côté du préservatif utilisé.

« Ce ne sont pas ces machins qui vont remplacer des traitements », lance une jeune femme. Le Pr Montagnier appelle à un espoir par la recherche. Le présentateur demande si on va trouver un vaccin. Le Pr Montagnier répond oui, mais il faut nous aider. « Il faut nous donner du temps en prenant des précautions pour limiter l'extension de la maladie. C'est une course entre la recherche et le virus. L'objectif est de maintenir l'épidémie circonscrite, c'est notre devoir à tous. »

Ce film est une commande du Ministère de l'éducation nationale. Bien que l'audience réelle du film ne soit pas connue, il vise tous les jeunes scolarisés. Il ne doit par conséquent pas inciter à une sexualité débridée et encore moins à l'utilisation de drogues intra-veineuses. Ces problématiques ont forcément été évoquées lors de la réalisation. Il est déjà presque osé de parler de drogues. Le préservatif est amené après la demande de limitation du nombre de partenaire, les critères de choix de partenaires étant flous. Michel Boujenah rappelle d'ailleurs la difficulté de la raison lorsqu'on est amoureux. Il faut un moyen plus fiable. Le préservatif est présenté comme un moyen de protection rationnel contre la transmission sexuelle du virus, « l'assurance sexe ». Il faut raisonnablement utiliser le préservatif. Les explications sur

l'utilisation du préservatif sont assez exhaustives. Les freins possibles à l'achat, liés à la honte probable, sont « déjoués » : vente libre et anonyme. La prévention sexuelle, et donc le préservatif, est également présenté comme un devoir civique pour limiter l'extension de l'épidémie. Cela irait même selon le Pr Montagnier jusqu'à aider la recherche. Le préservatif est également présenté comme « un pis aller », en attendant un traitement, un vaccin, quelque chose de vraiment efficace en provenance de la médecine moderne. Les contraintes d'utilisation ne sont pas discutées, l'heure est à la promotion. Cette présentation reprend l'idée de la campagne grand public de 1987 selon laquelle les jeunes, en étant informés et responsables (ou responsabilisés), peuvent et doivent circonscrire l'épidémie. Le préservatif est plus qu'une protection individuelle contre le virus.

L'utilisation de stars en vogue doit contribuer à donner une image positive et « tendance » du préservatif. Les paroles du Pr Montagnier, chercheur connu pour sa découverte du virus peuvent difficilement être mises en doute.

Il n'est par contre pas question ici de dissocier sida et préservatif.

*Parole de jeunes* est tourné en 1989 par le CRIPS à l'occasion d'un salon européen des jeunes, du sport et des loisirs à Paris. Des journalistes interpellent des jeunes présents sur les thèmes du sida, de l'amour, de la sexualité, et prennent leurs réactions sur le vif. Jacques Higelin apparaît à la fin du film. Sur les 6 questions posées aux jeunes, 2 concernent le préservatif : Pourquoi n'utilisez vous pas le préservatif ? Un slogan pour le préservatif ? Les jeunes expriment leurs réserves « ça n'est pas le vrai plaisir » ou leur adhésion « il n'y a pas de problèmes » au préservatif. Demandez de trouver un slogan à un côté ludique et drôle qui est dans le ton du film. Les questions posées aux jeunes ouvrent le débat, le film ne vise pas à transmettre des données scientifiques.

*Le sida tu ne l'attraperas pas* est réalisé début des années 1990. Niki de Saint Phalle et son fils réalisent un film d'animation visant un jeune public. Le film expose les modes de transmission, aborde la prévention et invite à la solidarité envers les malades. Après un rappel de la réalité du risque, « les jeunes sont de plus en plus touchés », le préservatif est présenté ainsi :



« Il est vrai que les couples qui sont toujours fidèles n'ont rien à craindre, mais comme tu n'es pas un ange et que les histoires d'amour ne durent pas toujours, et que bien connaître son partenaire n'est pas suffisant, préserve toi ». Des jeunes gens, personnages animés colorés dansent sur un fond noir. Une voie off rappelle que lors de fêtes ou dans les boîtes de nuit, « une histoire d'amour peut vite commencer ». « Dragueur fais gaffe ! En te protégeant, tu protèges les autres, le sida est facile à éviter, utilise des préservatifs, ils sont dans le coup et c'est aussi un bon moyen de contraception ». Le « dragueur » est un personnage jeune, blond, en costume. Il apparaît sur fond rose un préservatif qui se déroule, un préservatif stylisé, avec des motifs colorés dont des cœurs rouges. La séquence suivante invite à l'amour romantique, et sous entendu chaste.

Le préservatif est mis en valeur. Il est à la mode. C'est du moins ce que les pouvoirs publics souhaitent. Il permet d'éviter facilement le sida et une grossesse non désirée. La mise en valeur de l'aspect contraception est nouveau. La publicité pour le préservatif en tant que moyen de contraception est possible en 1991.

L'utilisateur est également valorisé : en mettant un préservatif, il protège « les autres. » Cette double protection conférée au préservatif, pour soi même et les autres, responsabilise et valorise l'utilisateur. Cette présentation entend probablement vaincre une résistance à l'utilisation qui est le moment de la proposition du préservatif. On propose un préservatif pour protéger le couple, et pas pour se protéger de la personne avec qui l'on va avoir un rapport. Le préservatif est recentré sur l'acte, l'épidémie est moins mise en relief. La manipulation du préservatif n'est pas expliquée, elle est jugée facile. Le film, qui utilise des personnages d'animation haut en couleur, est très doux, et à priori vise un public assez jeune. Rien n'est fait pour choquer.

Le préservatif est un bien de consommation courante, l'utiliser est à la fois branché et raisonnable.

Le « dragueur », homme célibataire jeune, multipartenaire, est visé.

Comme dans le film précédent, des stars de l'art et du cinéma sont utilisées pour promouvoir le préservatif. Les contraintes ne sont pas discutées, le film essaie de parer aux freins d'achat et de proposition du préservatif.

L'amour « romantique », sous entendu chaste, ou la fidélité sont également proposés.

*Temps d'amour*, réalisé en 1994, est commandé par le ministère de l'éducation nationale pour les jeunes. C'est une fiction, présentée comme un épisode de sitcom se déroulant dans un lycée. 3 lycéens doivent réaliser un film sur le sida. La prévention de la transmission sexuelle chez les jeunes est au centre du film et du scénario. Cette question, posée par un lycéen à une sexologue, résume la problématique : « Comment se fait-il qu'on sache tant de choses sur le sida, qu'il faut mettre des capotes, que en pratique on ne le fasse pas toujours ? » Les différents intervenants interviewés par les adolescents (sexologue, médecin scolaire, chercheur hospitalier, membre du CRIPS) répondent et proposent leurs solutions : C'est parce que le sida touche à des tabous, à la sexualité, aux premiers rapports chez les adolescents. C'est parce qu'on a trop parlé du préservatif et pas assez de sexualité. Il faut parler du préservatif avant le rapport sexuel à proprement parler. Proposer un préservatif, c'est être une personne responsable et donc de confiance, ça n'est pas un signe de défiance. Si l'on ne met pas de préservatif, c'est peut être parce qu'on n'a pas conscience du risque pris. Le préservatif, c'est de toute façon le seul moyen de prévention, et la prévention, c'est tout ce qu'on a contre le sida pour le moment.

Dans le scénario, une lycéenne est opposée au préservatif : elle n'a des rapports qu'avec des jeunes qu'elle connaît bien, le préservatif est une contrainte inutile. Elle ne comprend pas pourquoi Julien, manifestement attiré par elle, la repousse si souvent. A la fin du film, Julien explique : il a eu un rapport non protégé, et comme elle déteste les préservatifs, il veut attendre les 3 mois pour faire un test de dépistage. Preuve est ainsi faite que le sida interagit dans les relations sentimentales et sexuelles, et que mettre un préservatif simplifie in fine les situations.

Les informations sur le préservatif sont présentées au travers du scénario d'une fiction, ça n'est pas un reportage où l'information est donnée directement par un médecin comme en 1987. Le film doit intéresser les jeunes pour mieux les toucher. Les jeunes visés ont grandi avec le sida, il existe depuis plusieurs années, les campagnes de prévention également. En 1994, la question « faut-il mettre un préservatif ? » ne se pose plus. Le film en fait certes la promotion, mais il cherche surtout à vaincre les obstacles de son utilisation : problème de communication, de conscience du risque, tabous à briser...

*3000 scénarios contre un virus*, diffusé en 1994, propose une trentaine de courts métrages réalisés par des réalisateurs professionnels à partir d'idées de scénarios proposés par des jeunes et triées par un jury.

Le préservatif est abordé dans les 2/3 des films. Le préservatif est mis en scène de multiples façons. L'humour est fréquemment utilisé : un homme d'un certain âge, poussé par sa compagne, demande des préservatifs à la pharmacie au milieu d'une liste de commande à la Prévert, tous les achats sont jetés dès la sortie sauf les préservatifs ; un jeune homme est arrêté dans un quartier chaud : il a en sa possession des préservatifs ; le préservatif permet la survie d'un poisson rouge d'une jeune femme ; un père pharmacien vend des préservatifs à un jeune homme et s'aperçoit avec contrariété qu'il est le prochain rendez vous de sa fille ; un fils s'inquiète de savoir si son père divorcé se protège ; un adolescent timide et médusé se voit avec soulagement proposer un préservatif par celle qui occupe sa pensée...

Le préservatif est également présenté de façon sensuelle, sans paroles, avec l'appui des images et de la musique.

Le préservatif est l'objet de discussion au sein de couples, couples établis, couples d'un soir, couples libres... Une jeune femme découvre avec effroi que son petit ami a probablement eu des rapports avec une jeune femme dont elle vient d'apprendre la séropositivité, et elle sait que son petit ami n'est pas un fan des préservatifs...

Les 3000 scénarios tranchent avec l'approche publicitaire des campagnes de prévention grand public et avec l'approche rationnelle habituelle (préservatif = protection) des films de prévention. Le préservatif est présenté comme un enjeu affectif dans une relation amoureuse, de la proposition à l'utilisation. L'aspect film d'auteur a été apprécié par le public.  
(52)(53)(54)

*Sid'Aventure* (1994) est un reportage monté par des lycéens en direction des lycéens pour informer sur le sida et inciter à la prévention. Le thème du préservatif traverse tout le reportage. Les prostituées interviewées expliquent toutes utiliser le préservatif par conscience du danger. Elles regrettent que la prévention ne passe pour elles que par le préservatif, elles souhaiteraient une prise en charge plus globale de leurs problèmes, avec notamment la mise à disposition de véritables lieux de travail. Les chercheurs rappellent qu'il n'existe pas de vaccin, la prévention c'est avant tout le préservatif. Une initiative est lancée dans des bars : il suffit de dire « branché », pour qu'un préservatif soit donné gratuitement à la commande. Les jeunes présentant l'émission, dont une partie se déroule dans une boîte de nuit, sortent avec un préservatif. Des passants sont interviewés sur les Champs Elysées : la fidélité et le préservatif ressortent comme deux moyens de prévention du sida. Lors d'une conférence, une psychologue et un intervenant du CRIPS reviennent sur les difficultés liées à l'acceptation du préservatif et à son utilisation. Le préservatif peut inciter à la communication au sein du

couple, l'homme doit essayer seul avant, la femme peut participer à la pose... Une pléiade de star incite à l'utilisation du préservatif, avec des slogans en faveur du préservatif : « Le sida c'est grave, protégeons l'amour grâce au préservatif », « Aimons nous préservatif ». Le préservatif semble être naturel pour les jeunes présentant l'émission. La fidélité ou l'amour romantique est également proposé par le film. Finalement, les freins à l'utilisation sont peu discutés. L'espace occupé dans le film à la promotion publicitaire positive du préservatif par des stars est très important. Le préservatif, s'il allait de soi, ne serait pas autant l'objet de discussion et de promotion...

*Pour une prévention au féminin* est réalisé en 1997. 3 groupes de femmes vivant en France, des collégiennes, des femmes noires, des femmes maghrébines, parlent de prévention au sein de leur communauté. Un des principaux problèmes discuté est l'acceptation du préservatif par l'homme. Les difficultés à refuser un rapport sans préservatif ou à imposer un préservatif sont discutées. Dans la communauté noire, la réalité du sida est encore difficilement acceptée, le préservatif ne doit pas être présenté comme une protection individuelle mais comme une protection pour la famille. Il faut diffuser des informations auprès des femmes. Certaines femmes séropositives pensent qu'il n'est pas nécessaire, une fois contaminée, de porter un préservatif. Dans la communauté maghrébine, parler de sexualité reste tabou, des changements à ce niveau sont nécessaires. Les femmes du reportage souhaitent parler aux jeunes de leurs familles. Pour les collégiennes, refuser un rapport est déjà difficile, refuser un rapport protégé l'est également, elles ont peur de la réaction du partenaire.

Ainsi, la nécessité du préservatif est rappelée, quel que soit le moment de la vie sexuelle de ces femmes, pourtant différentes par leurs âges et origines : au premier rapport, au sein d'un couple marié, au sein d'un couple séropositif, lors de nouvelles rencontres après une rupture, même si l'on est plus considérée comme « jeune » ! Le reportage légitime la demande de rapport protégé par la femme quelle que soit la situation. Il incite ainsi les femmes à le proposer, à vérifier la pose, la raison étant de leur côté.

Dans *Le truc de Konaté* (1998), le préservatif et son acceptation sont l'élément central du scénario. Le film a été réalisé au Burkina Faso pour une diffusion initialement locale. Konaté, homme burkinabais vivant au village, se voit proposer un préservatif par une de ses femmes. Konaté refuse. Il est frappé d'impuissance, qu'il met sur le compte du préservatif. Sur les conseils du marabout, il part du village pour chercher un arbre particulier, afin de

guérir. Ce voyage sera une initiation au cours de laquelle Konaté reviendra au village, les bras chargés de cartons de préservatifs. Ce « conte » réalisé par une femme, entend promouvoir le préservatif et vaincre les résistances à son utilisation sans choquer les traditions et coutumes du pays. Konaté réalise la réalité de la maladie et par conséquent la nécessité d'utiliser le préservatif. La réalisatrice espère que les spectateurs vont faire de même.

*Timya*, à destination des migrants d'Afrique de l'ouest, est une pièce de théâtre en bambara. L'une des héroïnes, tombée dans la prostitution, contracte le virus du sida. L'utilité du préservatif est rappelé.

Si la dissociation préservatif/Sida a été dominante dans les campagnes grand public jusqu'en 1994, dans les films du corpus, le préservatif est toujours présenté comme un moyen de protection contre le sida. S'il protège contre les autres IST et s'il est un moyen de contraception, cela passe toujours au second plan, c'est « un plus ».

Le public ciblé est presque toujours séronégatif. Par contre il évolue au cours du temps : les jeunes hétérosexuels en général, les jeunes multipartenaires essentiellement, timidement au travers des 3000 scénarios les jeunes homo et bisexuels, puis les femmes de tous âges et les migrants.

Des moyens divers et variés sont utilisés pour faire sa promotion : messages médicaux, promotion par des stars, films d'animations, fiction longues ou courtes, reportages-débats... Tous essaient de faire appel à la raison du spectateur mais également à ses sentiments et émotions.

Les films du corpus osent plus vite et plus tôt que les films de prévention grand public. Le film de 1987 parle de toxicomanie de façon explicite, dans les 3000 scénarios la sexualité est discutée librement. Ces films sont en grande partie financés par les pouvoirs publics, mais leur diffusion est soit plus restreinte, soit l'implication des pouvoirs publics est moins explicite : cela permet une plus grande liberté d'expression.

### III.3.2 Sida et dépistage

#### III.3.2.1 Promotion du dépistage

Des tests de dépistage existent en France et aux USA dès 1984. Les premiers kits sont commercialisés à l'été 1985, et permettent de faire des tests ELISA, une méthode de routine. Dès 1984, il est reconnu que les « séropositifs » sont infectieux, mais le risque de passage du stade de « porteur sain » à celui de maladie sida déclarée est mal connu.(11)(13) P152 Sur plusieurs milliers d'échantillons prélevés en France en 1985 dans les centres de transfusion sanguine, 0,5 à 1 pour mille sont positifs. (11). En juin 1985 en France, le premier ministre Laurent Fabius annonce le dépistage obligatoire chez les donneurs de sang. L'OMS estime qu'il y a 50 000 séropositifs en France. Un changement d'échelle de l'épidémie apparaît. La question du dépistage obligatoire se pose. Un débat s'engage opposant les tenants d'un dépistage obligatoire systématique et ceux d'un dépistage volontaire et anonyme. P88 (voir chapitre précédent ?) (12) En 1985, les patients peuvent se faire dépister s'ils sont hospitalisés ou en allant faire un don du sang... situation qui paraît paradoxale. Dans sida 2.0, Didier Lestrade décrit : « Tous les six mois, nous revenions au Centre National de Transfusion sanguine. Les infirmières ont fini par comprendre, elles nous disaient qu'on n'avait pas le droit de faire ça. Alors on commençait un scandale, du genre « Mais je veux savoir ! », et ça les mettait en porte à faux. Elles soupiraient, mais pratiquaient le test. Et on repartait sans donner notre sang. De toute manière, à ce stade, je doute qu'elles voulaient encore de notre sang. (...). Si ces tests étaient disponibles au CNTS, pourquoi ne l'étaient ils pas ailleurs ? »(15)

Dans le film *Sida, un syndrome à connaître*, réalisé par AIDES en 1987, un patient séropositif explique avoir été donner son sang pour se faire dépister.

Pour des raisons épidémiologiques, de santé publique et de santé individuelle, la question du dépistage attend une intervention politique. Rétrospectivement, il paraît dommage qu'il y ait eu un délai aussi long pour proposer un test de dépistage remboursé par la sécurité sociale en routine. La question du dépistage obligatoire est délicate. En 1985, la DGS adresse une circulaire aux structures spécialisées dans la prise en charge des toxicomanes renonçant au dépistage systématique. Les échéances électorales, la défaite annoncée de la gauche et la

perspective d'une cohabitation vont retarder de plusieurs mois la prise en compte politique de la question du sida en général et donc du dépistage. Il faut attendre le gouvernement de Jacques Chirac et l'arrivée de Michèle Barzach pour la prise de décision concernant le dépistage. Elle adopte une position libérale, contre le dépistage obligatoire, et se conforme aux vœux des associations. Avoir pris le parti d'un dépistage volontaire implique raisonnablement de donner les moyens aux personnes de se faire dépister, et de promouvoir le dépistage.

Concernant les moyens, au printemps 1986, le test de dépistage est remboursé à 100% par la sécurité sociale. (12) En septembre 1987, Médecins du Monde ouvre la première consultation de dépistage anonyme et gratuite. Ce processus est repris par la ministre de la santé et généralisé. (15) En janvier 1988, paraît le décret d'application de la loi concernant l'ouverture des CDAG. La loi rappelle que « La définition de la politique de lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine appartient à l'Etat. (...) Dans chaque département, le représentant de l'état désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite le dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ». Patrice Pinell souligne que l'Etat a probablement réaffirmé sa prééminence pour éviter des politiques locales contradictoires, voir opposées à la politique nationale. La question du dépistage est effet en permanence sujette à débats et controverse. La gratuité du test permet une large accessibilité et le caractère anonyme garantit un « non fichage » des personnes séropositives.

Concernant la promotion du dépistage, il n'apparaît pas dans les premiers spots télévisés grand public de 1987. Des fascicules accompagnent la campagne de 1987, édités par le CFES. Celui à destination du grand public expose assez prudemment les données connues concernant la séropositivité : « Dans leur grande majorité, les porteurs du virus ne sont pas malades, c'est pourquoi on les appelle les porteurs sains. Le porteur du virus ignore qu'il a été contaminé car il ne présente aucun trouble. Il peut rester bien portant et apparemment sain pendant très longtemps, voire même toute sa vie. Mais il est déjà contaminant pour les autres dans les conditions de transmissions déjà exposées. Comment savoir s'il on est porteur du virus ? : en s'adressant à un médecin qui prescrira une prise de sang pour rechercher si l'on est ou non porteur du virus, c'est-à-dire séronégatif ou séropositif. Ce test est réalisé dans la plupart des laboratoires d'analyses médicales et dans les centres hospitaliers. Il est remboursé par la sécurité sociale. Etre séropositif signifie que l'on est définitivement porteur du virus. C'est votre médecin qui vous dira si le test est positif et vous suivra régulièrement. » Cette plaquette est informative sur le sida et ses modes de transmissions mais incite finalement

assez peu à se faire dépister. Elle ne précise pas si chacun doit se faire dépister, ou quelles situations doivent amener à un dépistage, et la période de trois mois avant la séroconversion n'est pas mentionnée. Le fascicule à destination des professionnels de santé est plus complet et donne des clefs au médecin pour proposer à son patient du test de dépistage. Ce fascicule ne liste pas de façon explicite les situations et symptômes devant amener le médecin à proposer un dépistage. Un fascicule proposé par le laboratoire Pierre Fabre en 1987, avant l'ouverture des CDAG, signé par Michèle Barzach reprend les mêmes idées. Dans un dépliant publié par AIDES en avril 1987, promouvant « le Safer sex », le délai de séroconversion de plusieurs semaines est abordé : « si vous avez eu des rapports non protégés, inutile de courir aussitôt vous faire dépister, l'apparition d'anticorps dans le sang n'est pas décelable avant 4 à 12 semaines. » Séropositivité et sida maladie sont présentés distinctement, la personne séropositive peut transmettre le virus, n'évoluera pas forcément vers un sida, et il est dangereux pour elle de se réinfecter. Le test « ne fait que déceler une contamination par le virus. » Le dépliant précise qu'il est destiné à un large public, qu'il présente des connaissances médicales qui évoluent rapidement. Cette présentation semble conforme aux données scientifiques de l'époque et plus pragmatique.

Dans les films du corpus, dans *Sida, un syndrome à connaître, virus, quel virus ?* réalisés en 1987, à la question « Par rapport à l'utilisation du test, vous le voyez comment ? », l'hématologue interviewé répond qu'il conseille à toute personne anxieuse, inquiète, de faire le test. « Alors à qui faire le test ? Si on le fait à tout le monde, il faudrait répéter le test dans un mois, dans un mois et dans un mois... Les gens exposés qui le souhaitent passeraient au travers... les solutions autoritaires ne lui semblent pas appropriées. Il faut traiter les gens en adulte, y compris les adolescents, leur dire voilà les moyens, voilà les risques... On a présenté aux gens le sida comme une maladie mortelle. Les gens ont fait le raccourci sida et mort. On est séropositif avant que le sida, maladie très grave et non curable, se déclare. On va trouver un traitement, ça n'est pas un espoir mais une certitude. Il n'y a pas d'histoire dans la médecine où on n'ait pas répondu à un agent infectieux. » Le film étant réalisé avec l'association AIDES, qui défend le dépistage volontaire, une autre position aurait été surprenante. L'inutilité du dépistage obligatoire, qui ne donnerait qu'un instantané probablement imparfait de l'épidémie et un appel à la responsabilité de chacun, même les plus jeunes, après information, est lancé. Le diagnostic de séropositivité est évoqué ici presque avec optimisme, il est rappelé qu'être séropositif ne signifie pas être malade. Il est presque sous-entendu qu'avec un peu de chance, un traitement sera trouvé avant l'apparition du sida

maladie. L'hématologue a exprimé précédemment sa volonté de ne pas ajouter de la peur à la peur qui existe déjà autour du sida. Le calme, l'optimisme, la présentation rationnelle des risques et la sérénité qui se dégagent de l'hématologue sont probablement destinés à contrecarrer les réactions pessimistes ou violentes et les pensées de mort à l'annonce d'un test positif. Les problèmes liés à l'anxiété lors du test et ceux d'un résultat positif ne sont pas abordés explicitement. L'absence de bénéfice immédiat pour la personne dépistée positive est ici passée sous silence.

Inciter la population à faire un dépistage, alors qu'aucun moyen n'existe pour enrayer ou ralentir la maladie, n'est pas habituel en médecine. L'intérêt du dépistage en 1987, pour les médecins et pouvoirs publics, est épidémiologique, préventif (on espère que la personne séropositive prendra des mesures appropriées), et diagnostic. Il paraît difficile d'inciter le grand public à tant d'altruisme. Dans un but de non stigmatisation, il est également difficile de citer des groupes à risques nécessitant en priorité de se faire dépister.

Le test de dépistage, conseillé dans ce film à toute personne inquiète, est plutôt présenté comme un moyen de se rassurer. Le public, informé des moyens de transmission dans le reste du film, est renvoyé à sa responsabilité face au test.

Dans le film *Attention Sida* (1987), réalisé à la demande des pouvoirs publics en direction des jeunes, la présentation du test est semblable, sans toutefois prendre explicitement position pour le dépistage volontaire. Une jeune femme, après les explications de Luc Montagnier sur les « porteurs sains », s'interroge : « ça veut dire qu'un jour je peux avoir le virus sans m'en rendre compte ? » Un camarade lui répond : « si tu es inquiète, fais toi faire des examens, ça n'est pas difficile. » Luc Montagnier rebondit sur la question du dépistage, et explique les termes séropositifs et séronégatifs. Luc Montagnier « craint » que l'on ne soit porteur du virus toute sa vie. Sur l'animation représentant le dépistage, la jeune femme allongée sur la table de prélèvement est souriante, l'équipe du laboratoire, très occupée, l'est également. En cas de doute, le test est présenté comme facile et rassurant, réalisé par des gens motivés et compétents.

Le temps de latence de plusieurs semaines, déjà bien connu, pour la séroconversion n'est pas abordé dans ces deux films. Cette omission, déjà présente dans les fascicules de 1987 à destination du grand public, interroge. Est-ce pour simplifier les explications ? Est-ce pour éviter de prévenir le grand public qu'il existe plusieurs semaines pendant lesquelles personne ne peut connaître le statut sérologique ? Cela risquerait-il de discréditer la pratique

du dépistage ? Est-ce pour inciter les gens à aller voir un médecin en cas de prise de risque, même s'il n'est pas utile de réaliser immédiatement le test de dépistage?

Dans *Le sida, tu ne l'attraperas pas* (1990, produit par l'AFLS), le dépistage est également présenté comme un test rassurant. Comme dans le film précédent, la question du dépistage est survolée, l'essentiel étant d'expliquer les phases du sida, ses modes de transmissions, d'arrêter la peur de la contagion, et d'insister sur la prévention sexuelle auprès du grand public. Voici comment est présenté le test de dépistage dans ce film d'animation :

« Une personne est dite séropositive parce que son organisme a réagi en fabricant un moyen de défense, que sont les anticorps. Ce sont ces anticorps que détecte le test ELISA. Pendant une période qui peut atteindre une dizaine d'années, la personne séropositive n'est pas forcément malade. La science et la médecine ont fait beaucoup de progrès. Jamais les mécanismes d'une maladie n'ont été compris en si peu de temps. Déjà aujourd'hui il existe des traitements qui retardent la maladie et l'apparition des infections. Si vous vous posez des questions (matérialisées par un point d'interrogation) faites le test qui vous permet de savoir si vous avez été en contact avec le virus, (un personnage initialement triste a le visage qui s'éclaire au fur et à mesure qu'il se lève de son fauteuil pour aller voir le médecin) allez voir un médecin. »

Ces explications sont rapides et sources de confusion : les anticorps, moyen de défense, sont ils protecteurs ? Si je suis en contact avec le virus, est ce que je suis séropositive ou malade ? Les CDAG, déjà en place, ne sont pas mentionnés à ce moment du film ni dans le générique. Le dépistage semble mentionné dans ce film par souci d'exhaustivité, mais n'est pas une priorité, ça n'est d'ailleurs pas à ce moment une priorité affichée de l'AFLS. La question du dépistage a été évoquée par le deuxième directeur, mais celui-ci démissionne le 30 octobre 1991.(22)

Ce silence relatif autour de la question du dépistage peut s'expliquer par plusieurs raisons, déjà évoquées ci-dessus.

Le dépistage fait classiquement de la prévention secondaire. Selon l'OMS, la prévention secondaire comprend tous les actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie dans une population, donc à réduire la durée d'évolution de la maladie. L'objectif classique du dépistage est d'améliorer la santé des individus par le diagnostic précoce d'une maladie à un stade où elle est curable ou lorsque les conséquences de la maladie peuvent être limitées. Le test de dépistage est fiable, mais il ne peut pas exclure de contamination récente, et il n'existe

aucun traitement efficace. L'antigénémie p24 a été utilisée de 1986 à 1996 comme témoin de la charge virale, mais n'a pas été, à notre connaissance, utilisée pour le dépistage précoce d'une infection.(55) La mise en place d'une action de dépistage de masse implique classiquement une bonne connaissance de la maladie ciblée et de son évolution.(56) Le sida est assez mal connu : c'est évident rétrospectivement, mais cela l'était déjà à la fin des années 1980.

La non stigmatisation des porteurs du virus ou de « groupes à risques », dont les homosexuels, est une priorité affichée par l'AFLS et les pouvoirs publics. Les associations, AIDES en tête, portent ce message de non stigmatisation. Dans les films du corpus adressés au grand public, où dans les fascicules, il n'est par conséquent pas question de dépistage ciblé. Sur le plan politique, le dépistage est un sujet incontournable mais sensible. Si les moyens ont été mis en œuvre pour permettre un dépistage volontaire, la communication sur le dépistage laisse rétrospectivement à désirer. Les priorités de communication sont autres, axées autour de la promotion du préservatif, de l'information sur les moyens de transmission, axées autour du sida comme maladie évitable, de la solidarité envers les personnes atteintes.

La première grande campagne publique en faveur du dépistage n'aura lieu qu'en 1992 dans des circonstances particulières. La question du dépistage obligatoire est l'objet de débats, notamment à l'assemblée nationale où les députés préconisent l'adoption d'une loi dans ce sens. (22)La question est surtout abordée pour l'examen prénuptial, prénatal et les appelés du contingent. Le CNS se prononce en décembre 1991 contre le dépistage obligatoire. Le CNS oppose des arguments d'éthique et de droit. Le caractère obligatoire nuit à la relation entre médecin et consultant et entrave le suivi thérapeutique et psychologique, et le caractère obligatoire du dépistage est contraire aux engagements internationaux pris dans la lutte contre le sida. Le CNS oppose des arguments d'efficacité, l'obligation ne gageant pas la réussite, et pouvant au contraire faire croire à des individus non prévenus du temps de latence de la séroconversion à un sentiment fallacieux de sécurité. Le CNS affirme la nécessité d'un consentement libre et éclairé du patient, et l'engagement nécessaire des médecins à proposer de façon normale et régulière le test, et rappelle l'importance des CDAG dont l'action doit être soutenue.(57) Le Haut Comité en santé Publique prend également position contre le dépistage obligatoire.(58)La campagne de prévention met en valeur les CDAG. Comme dans les films précédemment cités du corpus, l'équation doute = test est retenue. Elle met l'accent sur une facilité d'accès présumée du test. On peut se demander si cette campagne est adaptée aux multiples résistances que suscite la perspective de recourir au test de dépistage après une

prise de risque réelle ou supposée. Cependant, elle réaffirme l'opposition de l'Etat au dépistage obligatoire, position également soutenue les associations. Cette première campagne publique en faveur du dépistage a été réalisée « dans l'urgence », le Ministère souhaitant appuyer une décision qui allait à l'encontre d'une partie importante de l'opinion publique. L'AFLS a dû prendre sur les budgets d'une autre campagne et ne disposait pas d'une réflexion stratégique sur le dépistage. Le Ministère souhaitait une campagne plus injonctive, mais il cède à l'AFLS et à l'agence Alice.

Dans les *3000 scénarios contre un virus*, un court-métrage, intitulé *L'attente* traite de la question du dépistage. Une femme, de 35 ans environ, est filmée lors de la demande d'un test de dépistage dans un CDAG. Le médecin l'interroge sur ses prises de risque. La vie sentimentale de la femme lui revient, avec toute la charge émotionnelle que cela implique, et également la peur d'être contaminée voire de contaminer l'autre... Elle vient faire le test car elle souhaite arrêter de mettre des préservatifs avec son nouveau compagnon, Pierre. Lui aussi fait le test. « Vous aurez les résultats dans 8 jours », déclare le médecin. Dans la salle d'attente pour les résultats, Stéphanie se ronge les ongles, sort en courant en pensant à un résultat positif, se raisonne et revient s'asseoir. Elle laisse exploser sa joie à l'annonce du résultat négatif. « Tout dépend de vous deux maintenant », précise le médecin. C'est négatif aussi pour Pierre.

Cette présentation, abordée en 1994, tranche avec les présentations précédentes. Le dépistage est abordé dans ce court métrage du point de vue de celui qui va se faire dépister, et non du médecin et des pouvoirs publics qui proposent le dépistage. Le dépistage est abordé avec l'angoisse qu'il génère, le titre, *L'attente* est explicite. Le dépistage est présenté comme une solution permettant une vie sexuelle sans préservatif au sein d'un couple où chacun désire rester le partenaire exclusif de l'autre. Cette présentation est plus réaliste et pragmatique.

Dans *Temps d'Amour*, réalisé en 1994 et à destination des jeunes en France, la question du dépistage, centrale dans le scénario (un des adolescents attend pour déclarer sa flamme les trois mois nécessaires avant de pouvoir faire un test de dépistage), est peu abordée par ailleurs. Le film s'attache plutôt à promouvoir le port du préservatif. Le public visé est jeune et ressenti comme particulièrement vulnérable à des relations de courte durée et à risque. Le message concernant le dépistage est plutôt : faites vous dépister en cas de prise de risques.

Dans *SID'Aventure*, reportage également adressé aux adolescents, le dépistage est également peu abordé, l'existence des CDAG est mentionnée, ce qui permet un dépistage « sans risque », sous-entendu sans risque d'être fiché, sans risque de devoir en parler à ses parents.

Les films du corpus, après 1994, sont moins centrés sur la prévention grand public ou en direction des jeunes, et abordent le sida de façon moins informative sur les moyens de transmissions, de prévention. Dans *Pour une prévention au féminin*, réalisé en 1997, une scène reproduit la consultation d'une femme dans un CDAG, mais aborde essentiellement la difficulté pour une femme d'imposer le préservatif à son partenaire.

Début 1995, une nouvelle campagne grand public est lancée. Avec l'arrivée en 1993 de Madame Veil et de Monsieur Douste-Blazy au Ministère de la Santé, un certain nombre de changements va avoir lieu, dont la dissolution de l'AFLS. Le Ministère veut réaborder la politique de lutte contre le sida. En ce qui concerne le dépistage, L'AFLS souhaite une lutte contre l'irresponsabilité en incitant au dépistage volontaire, qui devrait induire une modification des comportements à risques. L'ANRS préconise de fonder une prévention sur une gestion des risques dans des contextes relationnels divers et au niveau de l'interaction entre partenaires, c'est-à-dire de ne pas porter tout l'effort sur la seule promotion du préservatif, mais de diversifier la communication. L'ANRS souhaite promouvoir le test de dépistage pratiqué en commun dans une relation stable avant l'abandon de cette protection. Le Ministère souhaite promouvoir le dépistage volontaire, en faire un outil qui peut accompagner l'adoption de comportements de prévention. En 1994, une nouvelle agence de publicité est recrutée, l'agence Australie. Son président a dirigé la communication pour l'association AIDES pendant un an. Les affiches incitent au dépistage, notamment pour abandon du préservatif dans une relation stable. Cette idée sera reprise lors d'une campagne en 1996.(22) Parallèlement aux campagnes, une communication visant à faire connaître l'information utile (lieux d'information, de prévention, de dépistage, de prise en charge) a été développée en 1995/1996 sous forme d'annonces dans la presse quotidienne régionale, plan de ville et plan de poche en partenariat avec les municipalités.(40) L'objectif est de renvoyer les personnes vers les lieux de dépistage et de prise en charge proche de chez eux. Le changement sur la présentation du dépistage s'inscrit dans le changement souhaité de la communication sur le sida en règle générale.

En 1996, l'arrivée des trithérapies va modifier considérablement la prise en charge du VIH. L'antigénémie p24 est utilisée pour un dépistage plus précoce, et la charge virale pour le

suivi des patients. Le rapport Dormont d'octobre 1997 préconise d'attaquer le virus « vite et fort » à l'aide des trithérapies, chez les patients ayant moins de 500 CD4 par mm<sup>3</sup>, voire de traiter en cas de primo-infection.(59) L'extension du traitement post exposition à la population générale (disponible pour les professionnels de santé depuis octobre 1996), en juillet 1997, change également la donne. (60)(61) Il y a un intérêt à consulter après une prise de risque pour se faire traiter, sans même avoir confirmation d'une infection. Avec les trithérapies, la communication sur le dépistage doit changer. Le sida « se normalise », le test peut être proposé avec une bonne connaissance de la maladie, à un stade précoce, et les traitements paraissent efficaces. La circulaire de la DGS en 1998 à l'attention des CDAG est explicite : il faut renforcer les liens entre l'accueil, le dépistage et le traitement.(62) . Maintenant, le dépistage a pour but de prendre en charge le patient en débutant une thérapeutique si nécessaire

En mai et juin 1998, la campagne de prévention grand public incite à une prise en charge dès la prise de risque. La question : « Que dois-je faire ? » Ce malaise trouve une réponse dans un dépistage rapide avec une prise en charge précoce si nécessaire.

La présence d'une thérapeutique aurait pu remettre en cause le dépistage volontaire. Mais l'option libérale de la politique de santé publique contre le VIH, bien implantée, a une nouvelle fois primé.

### **III.3.2.2 La gestion du dépistage à l'étranger**

En 1985, lorsque le test de dépistage apparaît, il est considéré par certains comme la seule arme disponible dans la lutte contre le sida. Il doit donc être appliqué avec ou sans consentement. Cette opinion découle d'une approche relativement traditionnelle de santé publique en matière de contrôle de l'infection, selon laquelle l'identification des individus infectés est considérée comme une étape essentielle pour rompre la chaîne d'infection au sein d'une communauté.

D'autres prétendent que le test ne peut pas en lui-même contribuer à prévenir la propagation du VIH. Les partisans du consentement au test vont plus loin : le dépistage obligatoire du VIH va à l'encontre du but recherché. Les personnes craignant un résultat positif au test (et le stigmatisme associé à ce dernier) vont entrer dans la clandestinité, essayer d'échapper au test, et rendre la tâche plus difficile aux professionnels de santé pour la transmission des messages sur la réduction des risques et la prévention.(63)

Dès 1988, le programme spécial de lutte contre le sida de l'OMS déclare : le dépistage obligatoire du VIH n'a qu'un rôle très limité dans les programmes de lutte contre le sida. Le dépistage obligatoire chez les donneurs est utile pour prévenir la transmission par le sang, le sperme, ou d'autres cellules, tissus ou organes, par le VIH. Le consentement éclairé des principaux intéressés et l'octroi de conseils judicieux devraient faire partie de ce dépistage et la confidentialité des données devrait être garantie.(64)

Le conseil de l'Europe et la C.E.E adoptent une position identique à de multiples reprises. Dès novembre 1987, le Conseil de l'Europe émet cette recommandation : « aucun dépistage obligatoire ne devrait être introduit, ni pour la population en général, ni pour des groupes en particuliers. »(58)

Ce choix est à chaque fois justifié par des arguments d'ordre éthique fondés sur une approche libérale et par des arguments d'ordre scientifique et économique.

En Europe, la notion de consentement n'a pas été discutée dans certains pays comme les Pays-Bas, elle a été sujette à débat dans d'autres pays. En Espagne, de 1985 à 1987, les immigrés demandant un permis de séjour étaient tenus de subir un test VIH. Cette pratique a été interdite en 1988 car jugée discriminatoire et injustifiée sur un plan de santé publique. En 1987, le Land de Bavière en Allemagne a institué un dépistage obligatoire pour les prostituées, toxicomanes et étrangers demandant un permis de séjour de plus de 3 mois. Cette loi a cessé d'être appliquée. La Lituanie offre un exemple où un dépistage de grande ampleur a été débuté puis abrogé. Une loi votée par l'ex URSS en 1987 a déclaré le test obligatoire pour les femmes enceintes, les détenus, les personnes atteintes d'IST, les patients hospitalisés, entre autres. Environ 400 000 tests ont été pratiqués chaque année avec 10 résultats positifs en cumulé jusque décembre 1990. Le Centre de lutte contre le sida a protesté. Le Ministère Lituanien de la santé a fait légiférer contre le dépistage obligatoire. Jusqu'au milieu des années 1990, dans les pays d'Europe, l'opinion a plutôt basculé contre le dépistage obligatoire. La notion de confidentialité est également importante et fera l'objet de lois dans de nombreux pays. La plupart propose des tests anonymes. Les tests proposés de façon systématique, sans retombée négative pour la personne qui refuse, comme le dépistage proposé de façon systématique aux femmes enceintes, augmente le recours aux tests.

En Europe avant les trithérapies, tous les pays n'ont pas incité au dépistage. Lorsque des campagnes publiques avaient lieu sur le dépistage, elles étaient surtout informatives, sans injonction. Peu d'études ont évalué l'impact de ces campagnes. L'arrivée des traitements a incité certains pays à promouvoir le dépistage. Au Royaume-Uni, la première campagne publique en faveur du dépistage a lieu en 1998. Auparavant, le test était proposé aux femmes

enceintes jugées à risque, l'AZT réduisant la transmission verticale. Aux Pays-Bas, en 1999 pour la première fois, le conseil sanitaire encourage une politique proactive en faveur du dépistage, en raison des avantages potentiels des traitements antirétroviraux.(63)

En 1998, après l'apparition des trithérapies, qui auraient pu modifier l'attitude en faveur du dépistage volontaire, le Haut Commissariat des droits de l'Homme des Nations\_Unis et l'ONUSIDA publie des directives internationales concernant le VIH/SIDA qui réaffirment le principe du consentement éclairé.(65)

### III.3.3 Le sida et les jeunes

La définition de la jeunesse est sujette à discussion.(66)(67)(68) (69) Les 15-24 ans sont classiquement considérés comme « les jeunes » dans les cibles de prévention sida. L'appréciation de ceux qui sont jugés jeunes dans les films du corpus est bien évidemment subjective, fondée sur l'appartenance supposée à cette tranche d'âge.

Sur les 24 films du corpus, 9 mettent en scène des jeunes, en comptant les 3000 scénarios pour un virus. Partant du principe qu'un processus d'identification est souhaitée par les réalisateurs, ces 9 films me semblent prioritairement destinés aux jeunes, même s'ils sont destinés également au grand public. Ces 9 films sont tournés avant 1995.

Un film, tourné en 1997, destiné à un public plus large met en scène un groupe de collégiennes. Deux autres films sont destinés aux enfants. Les autres films peuvent bien sûr également intéresser les jeunes, mais me semblent moins spécifiquement les viser.

8 des ces 9 films mettent en scène des garçons et des filles, un seulement une jeune femme. Ces jeunes sont majoritairement blancs avec dans chacun de ces films la mise en scène de jeunes gens métisses, noirs, maghrébins. Dans les 9 films, fictions, reportages ou le film d'animation, ils sont en milieu urbain. Ces jeunes sont issus de milieu non défavorisé. Seul un film est tourné dans une banlieue, une fiction des 3000 scénarios met également en scène un clip de rap dans une banlieue. A part dans quelques films des *3000 scénarios contre un virus*, la représentation de ces jeunes ne laisse pas penser qu'ils sont homo ou bisexuels. Ces films ont manifestement pour objectif de toucher la majorité des jeunes, supposés blancs, assez instruits, hétérosexuels, et surtout exposés au risque de contamination sexuelle. 2

mettent en scène en personnage principal des jeunes séropositifs, contaminés par voie sexuelle, l'un dans un témoignage, l'autre dans une fiction.

### III.3.3.1 La communication vers les jeunes

De multiples moyens sont mis en œuvre pour que les jeunes soient une partie intégrante du film : ils sont intégrés dans un reportage, on recueille leur opinion ou témoignage, ils sont mis en scène dans des fictions.

Cinq films font écho à une supposée demande d'information des jeunes sur le sida, demande apparaissant plus ou moins explicitement à l'écran. Ces films sont alors très informatifs sur les données actuelles de la science concernant le sida. Les modes réels de transmission sont rappelés, la prévention sexuelle par le préservatif est le principal message.

Dans les 2 films de 1987, des sommités de la recherche contre le sida, dont les connaissances et la crédibilité peuvent difficilement être mises en cause, apparaissent pour répondre aux interrogations des jeunes gens. Dans *Sida un syndrome à connaître* de 1987, un jeune se plaint pourtant de voir à la télévision des chercheurs à lunettes qui ne répondent pas à sa préoccupation. Dans *Attention Sida*, le groupe de jeunes à l'air branché, est réuni pour faire la fête dans un appartement. « Le sexe ça ne vous intéresse pas ? » demande Michel Boujenah sur une musique de Jean Jacques Goldmann. Les jeunes sont ainsi interpellés sur un sujet qui doit obligatoirement leur faire tendre l'oreille, en espérant que la séduction d'une star sympathique, opère et qu'ils restent pour écouter le Pr Montagnier.

Dans *le sida tu ne l'attraperas pas* de 1990, Niki de Saint Phalle et son fils Philippe Mathews réalisent une animation à visée informative, et incitant à la solidarité aux malades. « Dragueur fait gaffe... » avec l'apparition à l'écran d'un préservatif stylisé avec petits cœurs intégrés peut résumer le film. Cet artiste plutôt anticonformiste, ayant déjà mis en scène des mariées enchaînées dominées par des mâles au sexe proéminent, prête ainsi son art à un doux appel de réduction des risques sexuels, de fidélité ou de chasteté au nom du sida, de quoi faire réfléchir le spectateur.

Dans les deux films financés par les pouvoirs publics, un appel est fait à une réduction du nombre de partenaire, voire à un choix des partenaires. Ce n'est pas le cas du film *Sida un syndrome à connaître* réalisé par AIDES. Ces appels à l'amour fidèle et/ou courtois ne sont pas repris dans les films plus tardifs. Cet abandon a probablement eu lieu pour plusieurs

raisons : méthode jugée trop moraliste, ou inefficace, voire dangereuse, probablement mal venue pour les associations.

Ces 3 films rappellent les modes de transmission, et insistent également de façon indirecte sur la peur de la contagion en rappelant ce qui ne transmet pas le virus, la salive par exemple.

Un autre film des pouvoirs publics, *Temps d'amour*, réalisé en 1994, est une fiction mettant en scène des lycéens à visée de lycéens. Les jeunes mis en scène sont contraints de réaliser un reportage sur le sida. La question du sida est intégrée dans le scénario, tant par le reportage des jeunes que dans l'histoire sentimentale qui les lie. Le réalisateur espère que le constat des jeunes du film au début du film « on sait tout sur le sida, on en a marre d'en entendre parler » est partagé par les spectateurs, et que les spectateurs changeront d'avis comme ceux du film... Le message principal porte sur la prévention sexuelle par le préservatif.

En dehors d'images dans *Attention sida* de sarcome de kaposi probablement destinées à choquer le jeune public, à mettre une image sur la maladie sida, ces films informent très peu sur la maladie sida en elle-même. Ces films sont très « descendants » et axés sur la prévention grand public.

*Sid'Aventure*, tourné en 1994, se veut un peu différent. C'est normalement une initiative des jeunes par les jeunes pour les jeunes. Il débute avec l'idée d'un mécontentement des jeunes sur l'information donnée sur le sida. L'idée du jeune rebelle et désireux d'une autre information comme justificatif au film a déjà été utilisé dans *Sida un syndrome à connaître* ou *Temps d'amour*. Comme les autres films il se veut différent et répondant mieux à ce besoin. Ce reportage se veut également un reflet des données actuelles sur la prévention sida. Cette fois, en 1994, une multitude d'acteurs de la lutte contre le sida participe au reportage, dont de nombreux associatifs, la part laissée aux médecins est très faible. Le temps du médecin chercheur spécialiste du sida exposant à son jeune public les données actuelles de la science est révolu.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce changement. Le sida est mieux connu, le recul sur le sida est plus grand qu'en 1987. Les médecins apparaissant au début du reportage dans la première conférence sont médecins des hôpitaux locaux, proches géographiquement des lycéens. Ils soignent des séropositifs, il n'est pas nécessaire d'avoir recours à l'élite en matière de recherche contre le sida, leur discours est crédible. La gestion de la maladie sida fait intervenir de nombreuses spécialités médicales, de la gynécologie à l'immunologie, il n'y a pas une spécialité clairement identifiée, donc un spécialiste à interroger. La recherche n'a

pas encore tenu ces promesses de traitement efficace ni de vaccin. La prévention n'est plus réservée aux spécialistes, « la société civile » a envahi le champ d'action de la lutte contre le sida. Les associations sont des acteurs reconnus par le grand public (et les pouvoirs publics). Elles existent depuis plusieurs années et sont devenues incontournables. Aides et Act-Up, pour ne citer qu'elles, ont milité (de façon différente) pour un changement de la relation médecin malade, pour un dialogue d'égal à égal.<sup>(8)</sup> Aides a plus volontiers milité pour la reconnaissance des compétences et des connaissances du malade. Act-Up s'est plutôt centré sur la nécessité d'un malade informé pour rééquilibrer le dialogue.<sup>(8)</sup> La deuxième génération d'associations, en se positionnant comme séropositive et victime, a également contribué à ce qu'on évoque plus le sida sans parler des malades.

Si « les malades ont changé », le reste du public n'est peut être plus prêt à recevoir uniquement les informations d'un médecin qui sait. Le scandale du sang contaminé, s'il remet plus précisément en cause le pouvoir politique, a créé un climat de méfiance, et a également probablement contribué à remettre en cause le savoir et le pouvoir médical.

Sid'Aventure n'aborde pas seulement le problème de la prévention du point de vue « des séronégatifs », comme le fait les autres films. Il s'intéresse également à la maladie. La question physiopathologie, diagnostic et traitement est rapidement abordée. La question du vécu de la maladie par les séropositifs est posée aux présidents d'Act-Up et d'ASUD : les médecins ne sont plus les mieux placés pour parler de la maladie, ce sont les séropositifs.

Une psychologue est également présente sur le plateau, le « mourir dignement » est abordé. Le problème du vécu par les proches du malade est évoqué, autrement que par un appel à la solidarité générale envers les malades. L'exclusion des séropositifs est dénoncée. Dans *Le sida tu ne l'attraperas pas*, l'approche de la question de l'exclusion était beaucoup plus douce, tournée vers une solidarité souhaitée envers les malades. La question de l'urgence (nombre de morts évoqués à travers le patchwork des noms, référence à l'holocauste) et de l'inactivité des pouvoirs publics, deux questions chères à Act-Up, sont centrales. C'est pourtant bien ces pouvoirs publics critiqués qui financent en partie l'émission Sid'Aventure, l'association AIDES, le CRIPS... Les initiatives privées, comme celles du lycée Brie-Comte-Robert, ou le bus des prostituées, sont mises en valeur, elles pallient à l'« inaction des pouvoirs publics ».

Si de nouveaux thèmes, insufflés par les associations, sont abordés dans Sid'Aventure, la question de la prévention par le préservatif reste centrale. Elle s'aide comme en 1987 de célébrités. Une pléiade de stars (chanteurs, danseurs, comiques, acteurs de séries télévisées en

vogue) font la promotion du port du préservatif. Le préservatif est amour, responsabilité, confiance...

Deux films mettant en scène de jeunes séropositifs. Ils sont tous les deux axés sur la prévention sexuelle, et combattent l'idée que le sida ne touche que « les autres », mais leur mise en scène est très différente.

*Alison*, tourné en 1990 par l'OMS, apporte le témoignage d'une jeune fille américaine « de bonne famille », contaminée à l'adolescence lors d'un rapport sexuel avec un homme plus âgé. Ce film me semble répondre à cette phrase d'une dame américaine au début des années 80, tirée du livre de Mirko D.Grmek : « Cette maladie affecte des hommes homosexuels, des drogués, des Haïtiens et des hémophiles, grâce à Dieu elle ne s'est pas encore propagée parmi les êtres humains. » Le virus s'est propagé jusqu'aux jeunes filles américaines blanches socialement aisées. Ce témoignage mélo-dramatique, en est la preuve. Cette jeune fille a été contaminée « car à l'époque on ne parlait pas du sida », et bien il faut en parler pour éviter des contaminations, un seul rapport non protégé suffit.

*Sois Intelligent Dis le aux Autres*, tourné en 1994, est une fiction montée par des jeunes dans une banlieue de Clermont-Ferrand. C'est une action de proximité avec des moyens financiers probablement limités. La production du film a probablement été l'occasion de débattre sur le sida et de faire de la prévention au sein de cette banlieue, en dehors de l'intérêt du film lui-même. Jérôme, 20 ans, se retrouve à la rue après avoir confié sa séropositivité à ses parents. Il a été contaminé suite à un rapport sexuel d'un soir avec une fille qu'il connaissait auparavant. Ce film est axé sur la nécessaire non exclusion des séropositifs. Le public est amené à être compatissant et à s'identifier à ce sympathique jeune homme de 20 ans dont la séropositivité implique une maladie potentiellement grave dans le futur et des répercussions négatives immédiates sur sa vie. Laisser Jérôme à la rue paraît stupide et injuste, c'est ajouter un malheur à l'angoisse de la séropositivité.

*Paroles de jeunes* est tourné en 1989 par le CRIPS à l'occasion d'un salon européens des jeunes, du sport et des loisirs. Des journalistes interpellent des jeunes présents sur les thèmes du sida, de l'amour, de la sexualité, et prennent leurs réactions sur le vif. Jacques Higelin apparaît à la fin du film. Les jeunes sont français, de l'adolescence à de jeunes parents, ils sont blancs, maghrébins, noirs ou métisses. Le ton est convivial, sympathique,

dynamique, les jeunes semblent s'exprimer librement, s'amuser devant la caméra. Ce film a probablement permis de parler du sida lors de ce salon. L'objectif n'est pas d'informer sur le sida mais de lancer une réflexion.

Dans les *3000 scénarios contre un virus*, les jeunes tiennent une place importante. Ils sont à l'origine des scénarios des courts métrages. Le nom, l'âge et le département d'origine du jeune est rappelé avant chaque court métrage. 22 films mettent en scène principalement des jeunes. 12 films sur ces 22 font la promotion du préservatif. 3 ont comme thème la mort et le sida, deux films sont presque oniriques, un décrit l'enterrement d'un lycéen séropositif. Un film évoque le problème du partage de seringue. Un film évoque la grossesse chez une jeune femme séropositive. Un film aborde l'annonce de la séropositivité. 3 films mettent en scène des jeunes séropositifs et pointent leur détresse. La prévention sexuelle par le préservatif est au cœur des 3000 scénarios contre un virus. La gestion de la séropositivité, l'angoisse liée à la mort, la maladie, l'exclusion sont également évoqués. Les courts-métrages permettent d'aborder de multiples thèmes de façon variée et originale. Ils permettent d'aborder des scènes au sein de couples ou l'angoisse des malades sans voyeurisme. Ils utilisent l'humour, la musique. Ils touchent d'abord le caractère sensible du spectateur.

### **III.3.3.2 La cible jeune**

Dans le corpus, 9 films sur 24 mettent en scène des jeunes, ces films sont majoritairement tournés avant 1995. Ces films sont tous financés de manière directe ou indirecte par les pouvoirs publics. La première campagne grand public de 1987 met en scène des jeunes.

Au début de l'épidémie sida, les jeunes s'imposent d'emblée comme cibles de la prévention.(70). Ce choix interroge.

Sur le plan épidémiologique, il sera recensé en France les cas sida maladie jusqu'en 1998.

Jusqu'en 1984, aucun numéro du BEH ne mentionne de catégorie jeune. A partir de 1984, le BEH ajoute à la classification selon le mode de contamination (la contamination hétérosexuelle apparaît en 1987), l'âge au moment du diagnostic. A cette époque, la moitié des nouveaux cas sida maladie a entre 30 et 39 ans. Jusqu'en 1992, 40% environ des cas de sida maladie seront diagnostiqués dans cette catégorie d'âge. La durée de latence est mal connue à cette époque, mais déjà estimée à plusieurs années, une étude va l'estimer à 11 ans

en 1991, sur des cas transfusionnels. La contamination a donc à priori lieu entre 20 et 29 ans. Les homosexuels représentent 65% des cas de sida déclarés en 1986.(71)  
Les données épidémiologiques ne justifient pas à elle seules ce choix politique de viser les jeunes, et en particulier les adolescents.

Cibler les jeunes permet une action consensuelle. Faire accepter à l'opinion publique le sida comme un problème de santé publique, alors que l'épidémie est associée à des minorités marginales, est un défi. C'est dans ce contexte que les référence aux jeunes ont permis d'entrer dans un processus de généralisation de la cause qui n'appelle pas d'opposition de principe.(68)(69) Un seul jeune contaminé, à un âge où l'on ne doit pas mourir, est inacceptable.(71)

La jeunesse, l'adolescence sont crédibles dans leur rôle d'être potentiellement à risque de contamination par le sida. Les jeunes, en particulier les adolescents, sont considérés comme des êtres potentiellement irresponsables et immatures, et attirés par des expériences nouvelles.(68)

Les jeunes constituent un groupe social facilement identifiable. (71) Il constituent, au travers de leur appartenance à l'institution scolaire, une population « captive », aisément atteignable par des actions de prévention.(69)

Les associations, AIDES en tête, ont soutenu initialement ce processus de généralisation, essentiellement dans un but de non stigmatisation. A la fin des années 1980, l'homosexualité est dépénalisée depuis seulement quelques années, il est compréhensible que les associations de malades, majoritairement homosexuels, n'aient pas appuyé une action ciblée sur leur communauté. Les associations de deuxième génération, au début des années 1990, vont critiquer cette position. Comme le souligne Florence Maillochon, « une autre politique initiale aurait elle été acceptable, ou du moins socialement acceptée ? Rien n'est moins sûr. »(71) Le sida, s'il l'est probablement toujours un peu, a été initialement source de fantasme et de panique. Sans une prévention « descendante », visant au travers des jeunes la population générale, la représentation du sida aurait elle changé ?

Les pouvoirs publics vont entendre les revendications des associations de deuxième génération et prendre conscience des limites de l'universalisation du message.(22)

Le rapport de 1993 pour l'ANRS ne remet bien évidemment pas en cause la nécessité d'une prévention auprès des jeunes, mais critique l'illusion d'une jeunesse cible homogène. Il met l'accent sur les déterminants socio-culturels.(69)

Après la dissolution de l'AFLS, les stratégies de prévention vont s'organiser autour de « situations à risque ». Les campagnes de masse souhaitent rejoindre la réalité épidémiologique et s'adresser aux personnes très touchées par l'épidémie : les homosexuels, les usagers de drogues injectables, les migrants. (22)

Dans les films du corpus, après 1995, aucun ne s'adresse spécifiquement aux jeunes, ils s'interrogent sur la confidentialité de la séropositivité chez les enfants, la place des femmes dans l'épidémie, les migrants, les malades et leur gestion de la séropositivité et des traitements.

### III.3.4 Le sida et les femmes

Dans le corpus, deux films, tournés par deux femmes, traitent spécifiquement du sida et des femmes, et sont tournés en 1997.

Avant ces films, aucun n'a comme thème principal la femme dans l'épidémie sida.

Dans *sida un syndrome à connaître*, en 1987, des femmes soignantes apparaissent à l'écran, infirmières, sage-femmes, reconnaissant leur manque de formation face au sida. Dans la plupart des films à visée informative destinée aux jeunes, avant 1994, le problème de la transmission materno-fœtale est abordé. Ils informent du risque de transmission materno-fœtale d'environ 20% contre lequel la médecine ne sait pas lutter.

Dans *Sid'Aventure* (1994), le problème de la prostitution est abordé à travers un reportage sur « le bus des prostituées ». Ce reportage met en avant la femme prostituée responsable, se battant contre l'idée de la prostituée vecteur de maladie. Dans *Sida une histoire qui n'a pas de fin* (1994), une femme interviewée évoque la difficulté des femmes séropositives : elles ont peur d'être chassées du domicile si elles avouent leur séropositivité, et ne parviennent pas à se rassembler pour s'organiser. Elles restent seules avec leurs problèmes.

Dans *Sida sauf votre respect* (1994), la honte particulièrement forte pour une femme séropositive dans la communauté maghrébine est abordée. Elle est condamnée par la maladie et par sa famille : elle est droguée, elle n'aurait pas dû avoir de rapports sexuels, elle est contaminante et donc ses proches ont peur... Le problème de la contamination d'une jeune fille puis de l'enfant par son mari est également mentionné. La difficulté de parler de

prévention sexuelle chez les jeunes filles magrébines théoriquement vierges avant le mariage est mentionnée.

Dans *Les enfants et le sida* (1996), une mère ayant adopté un enfant séropositif témoigne, elle espère apporter amour et joie à cet enfant, et déclare en recevoir. Elle estime qu'il doit être extrêmement difficile pour une mère séropositive de gérer sa maladie et celle de son enfant.

Ces films abordent sans les approfondir différents thèmes liés à la séropositivité chez la femme : La transmission materno-fœtale et le désir de grossesse, la gestion de la positivité pour la mère et/ou pour ses enfants, l'exclusion et la solitude des femmes séropositives, les difficultés liées aux contraintes socio-culturelles, la prostitution, les femmes soignantes.

Dès 1990, l'OMS a conscience qu'au niveau mondial, et en particulier dans les pays en voie de développement, la femme joue un rôle particulier. A travers sa contamination il y a le risque de contamination à l'enfant. Par ailleurs au sein de la famille ou de la communauté, c'est souvent elle qui dispense les soins, elle doit acquérir des connaissances face au VIH. Sa condition subalterne au sein de la famille et de la société accroît sa vulnérabilité face au VIH.(45) La prostitution est également une problématique féminine.

Pourtant en France, le premier colloque femme et VIH n'a lieu qu'en 1997.(72) Des actions en faveur des femmes et des enfants atteints du VIH ont bien évidemment déjà eu lieu. Dès 1987, la ministre de la Santé Michèle Barzach met l'accent sur le drame que vivent les mères séropositives et leurs enfants, atteints ou non. Dès 1990, des associations telles que SOLENSI (Solidarité Enfant Sida), Dessine moi un mouton, s'engagent pour aider mères et enfants. Des initiatives sont prises par les maternités, les services de pédiatrie, notamment pour aider les mères toxicomanes.

Avec l'arrivée des trithérapies, le nombre de nouveaux cas de sida est en diminution, dès 1996. La mobilisation des militants sida, massivement issus du milieu homosexuel, diminue. L'inégalité d'accès aux traitements entre les pays du Nord et ceux du Sud est flagrante. L'importance de la contamination hétérosexuelle au niveau mondial est prise en compte, maintenant que les malades en France ont accès un à traitement efficace. Le sex ratio parmi les cas de sida déclarés en France est passé d'une femme pour sept hommes en 1988 à une femme pour 3 hommes en 1998. Le colloque est justifié ainsi : « 47% des nouveaux cas de sida déclarés dans le monde concernent des femmes. Pourtant si la transmission materno-fœtale a fait l'objet de nombreux programmes d'action, ni la prévention de la contamination

des femmes elles-mêmes, ni la description des caractéristiques de l'épidémie au féminin, ni l'évolution et les effets thérapeutiques n'ont été pris en compte. De ce constat est née une urgence... »(73) Le souhait de s'intéresser aux femmes arrive sur l'agenda politique.

*Une contamination secrète* et *Pour une prévention au féminin* mettent en avant la vulnérabilité de la femme face au sida et le rôle qu'elle peut ou doit jouer dans la prévention.

*Une contamination secrète* s'attache à démontrer la vulnérabilité historique de la femme, qui est celle par qui le mal arrive depuis qu'Eve a mordu dans la pomme ; sa vulnérabilité sociale, culturelle et économique. Historien, sociologue, anthropologue, médecins, une députée européenne apportent leur contribution. La femme est le « continent noir », caché, secret, et majoritairement sous domination masculine. La femme a été oubliée et s'est crue à l'abri d'une épidémie touchant historiquement en premier les hommes homosexuels.

Les femmes qui témoignent au cours du film sont très différentes, deux prostituées, une toxicomane et deux femmes chrétiennes pratiquantes. Deux ont été contaminées par leur compagnon, une prostituée a été contaminée au cours d'un viol sur un boulevard par un homme séropositif armé. Elles ont de 30 à 50 ans. Les femmes sont présentées comme victimes des hommes, de leur lâcheté ou de leur violence. La diversité des parcours de ces femmes met implicitement en évidence que toutes peuvent être concernées par le VIH. La lutte contre le sida amène d'autres luttes : lutte pour l'éducation de la femme, lutte pour son indépendance économique et contre la pauvreté, lutte contre l'exclusion des femmes séropositives.

Le problème de la prostitution avec la difficulté qu'ont les prostituées à faire accepter le préservatif à leur client est abordé. Un médecin généraliste aborde également le problème d'une autre forme de prostitution : celle où une femme sans ressource, jeune le plus souvent, accepte un rapport afin d'avoir à manger ou un toit pour une nuit. La femme toxicomane qui se prostitue pour avoir de l'argent demandera moins facilement un préservatif..

La sensation de culpabilité des femmes séropositives, le fait qu'elles se dévalorisent et se sentent contaminantes est abordée au fil des témoignages.

Le film rappelle que déjà des femmes se mobilisent dans le monde et forment des associations pour lutter contre le sida. La femme est considérée en marge d'une société masculine. Finalement, quelques années plus tard, les revendications des femmes recourent

celles des homosexuels masculins: une reconnaissance et une place dans la société pour ne pas mourir honteux et caché...

*Pour une prévention au féminin* regroupe les témoignages de médecins généralistes, de femmes noires et maghrébines en France, de collégiennes. La vulnérabilité physiologique de la femme face à l'infection VIH est rappelée par les médecins. Toutes sont confrontées au problème de la prévention du sida, et à la façon de faire accepter le préservatif aux hommes. Cela semble aller de soi que la femme souhaite utiliser le préservatif, et que l'homme soit l'obstacle. Le préservatif féminin n'est pas encore en vente en France en 1997. Les femmes immigrées rappellent que la prévention à l'occidentale est difficilement transposable à leur communauté. Le problème de l'annonce de la séropositivité lors d'une grossesse (40% des annonces pour les femmes à l'époque des films) est soulevé.

Ces deux films mettent en avant des problématiques toujours d'actualité.(74)

Ils abordent peu la gestion de la séropositivité pour une mère et/ou son enfant, ni la gestion de la trithérapie.

Les effets des traitements sont abordés dans d'autres films du corpus, les films étant diffusés après 1997. Dans *Un père au casque* (1998), une femme (même si ce témoignage est une fiction) décrit les changements positifs au niveau de son corps, et le retour à des projets et une vie sentimentale. Dans *Vivre avec son traitement*, des femmes témoignent des effets négatifs des traitements, notamment la prise de poids, et de la difficulté avec les changements corporels en général. Le corps médical est sollicité pour prendre en compte les effets physiques et psychiques de ses traitements. Cette priorité est énoncée dans le colloque de 1997.

Dans *Timyia*, les soucis d'indépendance amènent une femme noire récemment immigrée à la prostitution, et à la séropositivité.

### III.3.5 Le sida et les immigrés

Après la dissolution de l'AFLS en 1994, le souhait est émis par le gouvernement de recentrer les campagnes de prévention en étant plus en relation avec la réalité épidémiologique de l'épidémie. En France, les plus touchés restent les homosexuels, les usagers de drogues injectables et les migrants, notamment originaires d'Afrique et des DOM-TOM.(22)

Cette volonté explique probablement que seuls des films du corpus situés après 1994 sont à destination de la population immigrée en France.

Comme nous avons eu l'occasion de le constater en étudiant les films en direction des jeunes, une certaine mixité des origines est le plus souvent respectée dans la représentation à l'écran, mais la cible est toujours la jeunesse en général et par delà le grand public.

Sur 11 films après 1994, deux sont spécifiquement dirigés vers les migrants. D'autres films traitent également de la prévention chez les immigrés : un film s'interroge sur « le dialogue entre les cultures », Pour une prévention au féminin traite des problèmes rencontrés par les femmes immigrées, le film burkinabé *Le truc de Konaté* traite de l'acceptation du préservatif.

La peur de la stigmatisation des migrants freine les pouvoirs publics. Le sida, c'est toujours l' « Autre ».(75) En 1997, un rapport publié par ARCAT plaide pour une voie étroite mais nécessaire entre « le refus de faire de ces populations des groupes à risques et la volonté de considérer qu'elles exigent une attention particulière ». (76)

Lors de la notification des cas sida, seul la nationalité est relevée, collecter des données sur une base ethnique ou religieuse est interdit. Obtenir des informations épidémiologiques sur cette population mouvante est finalement un exercice difficile.

En 1996 la Communauté Economique Européenne adopte un programme d'action concernant la prévention du sida envers les migrants.

En 1999 l'INVS constitue le premier rapport sur la situation du sida dans les populations étrangères domiciliées en France.

En 2001 les populations immigrées sont retenues par le Ministère de la santé comme un groupe prioritaire de la lutte contre le VIH.(77)

En 2002, Didier Fassin écrit : « le lien, toujours problématique, entre immigration et sida devient pensable. »(75) L'INPES lance sa première campagne télévisée en direction des personnes originaires d'Afrique subsaharienne.

Il faut attendre 2004 pour que soit lancé le premier programme national de lutte contre le sida en direction des étrangers/migrants en France.(76)

Philippe Lamoureux explique également l'absence de recherche et de programme de prévention en direction des personnes étrangères par le fait qu'elles sont restées longtemps dispersées, et ont eu par leur statut plus de difficultés à s'organiser et à se mobiliser.(77)

Des associations ont été créées en France dès le début des années 1990, notamment par et pour des maghrébins.(76) Au niveau européen, le réseau Aids and mobility est créé en 1991 par un groupe d'activistes et de professionnels gay et plutôt blanc. En 1997, la conférence a dû se limiter à 80 participants, et plus de la moitié des participants étaient noirs ou « café au lait. »(78)

La population migrante est hétérogène, par ses origines, sa culture, et le parcours de chaque individu.

Le migrant est à cheval sur deux cultures. Les modalités du parcours migratoire vont décider de la prédominance d'une culture sur l'autre. Les représentations liées à l'infection VIH sont empreintes de la vision traditionnelle de la maladie où l'explication biomédicale coexiste avec d'autres causes (sociales, surnaturelles, environnementales...) et avec des représentations de la sexualité basées sur des conceptions culturelles et religieuses.(79)

Il faut réussir à trouver un canal pour toucher cette population. Il faut s'adapter à la langue du migrant.

*Face au sida le dialogue des cultures*, réalisé en 1996, aborde la complexité de la communication entre l'Europe et l'Afrique de l'Ouest. Le langage est différent, plus métaphorique, basé sur une tradition essentiellement orale. La culture de la prévention est moins ancrée en Afrique. La communauté et le groupe sont plus importants que l'individu. Les difficultés sociales, économiques, la barrière de la langue, rendent la population immigrée

moins sensible à la prévention grand public. La représentation de la maladie et de sa protection est différente. Une ouverture et une compréhension mutuelle sont nécessaires. Le film entend ouvrir la réflexion.

En 1995, la population étrangère en France représente 6,35% de la population globale. Les personnes originaires de pays hors Communauté Economique Européenne représentent 4%. Parmi elles, plus de 30% sont originaires du Magrheb. (79) Une grande part des cas sida chez les migrants maghrébins est liée à la toxicomanie intraveineuse. (76) La politique de réduction des risques est seulement en train de se mettre en place.

3,15% des français sont d'origine étrangère et il existe 3 millions de musulmans en France. (79)

La religion musulmane, comme les autres religions monothéistes, a défini en matière de sexualité un code du licite et de l'illicite (relations hors mariage, rapports pendant les règles...). Les normes sociales en matière de sexualité sont définies et toutes les transgressions seront dissimulées. La sexualité et le sida sont donc souvent des sujets tabous. Les migrants se sentent peu concernés par les messages de prévention, parce qu'ils ne reconnaissent pas les codes socio-culturels français et parce qu'ils ne pensent pas être concernés par la maladie. Le sida reste assimilé à un châtement divin dû à la perversité des non croyants.

L'information sur le sida peut être perçue comme promouvant une morale permissive et perçue comme une menace pour les valeurs identitaires. (79)

Dans le film *Sida sauf votre respect*, des maghrébins, hommes et femmes de tous âges, content leurs expériences, la plupart en français, les personnes plus âgées s'expriment en arabe sous-titré en français. Au début du film, un homme s'exprime à propos de la prévention grand public : « c'est pour les mecs du 16<sup>ème</sup>, les bourgeois de Neuilly sur seine. » Pour ceux qui sont devant la caméra, la religion ne doit pas être un obstacle à la prévention. Les versets du coran justifiant cela sont exprimés en arabe, afin de donner légitimité à celui qui les cite et de pouvoir être compris par le public visé.

Des femmes racontent des histoires témoignant de drames familiaux liés aux tabous sur le sida (femme contaminée contaminant son enfant alors qu'elle était vierge avant le mariage, jeune fille mourant seule à l'hôpital car rejetée par sa famille...). Il semble que le public puisse difficilement rester indifférent face à ces drames évitables.

Une femme âgée, voilée, s'exprimant en arabe, déclare : « Ce que me disent les gens ? C'est Dieu qui en a décidé pour toi. » Elle sait qu'elle n'a pas péché. Cette femme, qui semble au dessus de tout soupçon, confesse à demi mot sa séropositivité. Un jeune homme avoue avoir « déconné », mais ne se sent pas pour autant puni par Dieu. La séropositivité n'est pas explicitement mentionnée, mais ces deux exemples montrent qu'elle peut toucher n'importe qui.

Le manque de communication autour de la sexualité au sein de la famille, si elle fait partie des traditions, est pointée comme un problème. La difficulté de prévention envers les jeunes filles est mentionnée.

Sans aborder de façon exhaustive les moyens de prévention, l'utilisation du préservatif et son rôle est rappelé.

La globalité du problème du sida, lié à la drogue, à la prison, au manque d'avenir dans les banlieues, au jeunes « paumés » est abordée. Comme pour les femmes ou les homosexuels, être en ghetto, à l'extérieur de la société, est pointé comme un facteur de risque de contamination sida, d'exclusion, de solitude.

Chaque personne est filmée en gros plan. L'émotion suscitée par ces témoignages, les interprétations proposées du Coran, ont pour but d'amener le spectateur à s'interroger sur les représentations qu'il a du sida et sur la communication au sein de sa communauté. Ce film tend également à prouver qu'il est possible de parler du sida sans être choquant ou « blasphémateur ». Le choix de ne filmer que des personnes issues de la communauté maghrébine permet une identification et rend le discours crédible.

Des reproches ont été adressés à Alain Moreau, le réalisateur. Son manque de connaissance sur le Maghreb, le rendant peut légitime pour tourner un film sur la question. Le manque de prévention est rejeté sur la communauté maghrébine, alors que ce sont les pouvoirs publics qui n'ont pas mis en place d'actions efficaces, ou pas d'action du tout. Alain Moreau, travaillant comme réalisateur à la prison de la Santé, a naturellement pris des acteurs parmi les prisonniers. Cela est totalement passé sous silence dans le film, et a pu le discréditer. Il me semble cependant que ces hommes et femmes ont le droit de s'exprimer en tant que maghrébin, et non en tant que prisonnier. Alain Moreau a probablement passé ce fait sous silence pour éviter que le sujet central soit la prison et non le sida au sein de la communauté maghrébine.

Ce film, qui dure 25 minutes, me semble adapté pour « lancer le débat » au sein d'une action de prévention de proximité.

En Afrique de l'Ouest, les sociétés traditionnelles privilégient les causes magico-religieuses et sociales dans l'explication du malheur. La prévention passe entre autre par des rites de protection et des obligations à assurer par la suite. (80) Ces propos sont illustrés dans *Sida le dialogue des cultures* par le témoignage d'une jeune camerounaise venant s'installer en France.

Il existe également un déni de la maladie. Cela est également rappelé dans *Sida le dialogue des cultures* par une troupe théâtrale de jeunes camerounais, « I dont' believe in AIDS ». Dans *Le Truc de Konaté*, la réalité de la maladie et sa possible atteinte à la communauté de villageois sont également niées par le héros, avant qu'il ne voie des gens souffrant à l'hôpital.

L'« Autre » est désigné pour responsable : « C'est une maladie envoyée par les Blancs. Il l'a attrapée en allant à l'hôpital en France ». (80) Les anthropologues interviewés dans *Une contamination secrète* confirment cette constatation. Sur n'importe quel continent, le sida n'a pu être amené que par l'Autre, l'étranger...

Une partie de la population d'Afrique de l'ouest étant musulmane, le sida est considéré comme tabou et comme maladie des infidèles, due aux mœurs occidentales en matière de sexualité. (80)

L'enquête de Migration Santé au sein de 30 foyers parisiens (n'accueillant pas que des migrants d'Afrique de l'Ouest) publiée en 1998 révèle que 98% des résidents interrogés ont entendu parler du sida mais souhaitent une information plus adaptée. Ils souhaitent que ce soit un médecin qui donne l'information, si possible dans la langue d'origine, et souhaitent pouvoir en parler individuellement ou par petits groupes.

La prostitution féminine est une réalité dans les foyers d'hébergement. Les femmes qui se prostituent sont dans une situation de grande précarité, et sont le plus souvent très isolées. Si la prostitution est connue de tous, résidents et autorités des foyers, chacun pour des raisons pratiques ferme les yeux dessus. Certaines prostituées sont devenues des « amies », et le préservatif est oublié. Ou alors les clients ou les prostituées pensent qu'en cas de bonne hygiène, il n'y a pas de risque. Certains paient plus chers pour la passe sans préservatif. (80)

*Timya* est une pièce de théâtre filmée et jouée dans une langue d'Afrique de l'ouest par la troupe Yelen. Le réalisateur Gilles le Mao a été contacté par le Ministère afin de réaliser un film, support de prévention dans les foyers accueillant les migrants maliens. Il avait déjà une expérience de film à visée préventive tournée dans des langues étrangères.

Pour le scénario : Bouba, originaire du Mali, est depuis 10 ans en France et vient d'obtenir une carte de séjour. Il a enfant avec une femme noire résidant en France. Cette femme souhaite l'épouser. Bouba rentre au pays et revient avec une autre femme, Saindou, qu'il a probablement épousée sous la pression familiale. Saindou se prostitue et devient séropositive.

Ce film a le mérite d'être tourné dans une langue parlée en Afrique de l'ouest, mérite rappelé en fin du film par l'un des personnages.

La troupe Yelen utilise beaucoup la musique, et connaît probablement bien la culture africaine, étant une troupe malienne, peut-être déjà connue du public. Cela donne une crédibilité au film. Le théâtre, certes filmé pour une meilleure diffusion, permet une transmission orale des informations. Ce moyen est également proposé dans *Sida le dialogue des cultures*, et utilisé au Cameroun et au Portugal pour des actions de prévention. Un support visuel semble un bon moyen pour ceux qui s'occupent de prévention auprès de ces populations. Le film est long, 74 minutes, il faut que les spectateurs se prennent au jeu.

Le film fait la promotion du préservatif, la première femme de Bouba refuse un rapport sans préservatif. Les amies de Saindou lui conseillent le port du préservatif si elle se prostitue. Les symptômes courants et fréquents de l'infection VIH, fatigue, fièvre, diarrhée décrivent l'entrée dans la maladie de Saindou. Les informations données sur la maladie et ses modes de transmission sont parcellaires. Le non respect du secret médical, le médecin annonçant à ceux présents dans l'appartement la séropositivité de Saindou sans même sa présence dans la pièce est déconcertante. Cela ne semble pas inciter au dépistage, si une fois dépisté toute la communauté est informée.

En utilisant le comique, le guérisseur consulté par Saindou est présenté comme un alcoolique avide d'argent. Cela a probablement pour but de mettre en garde contre « les charlatans ».

Le film donne une réalité à la maladie, il a pour but de faire prendre conscience du risque sida.

Le thème de la prostitution est abordé. Saindou vit dans un appartement, son mari travaille. La facilité avec laquelle elle se prostitue m'a également déconcertée. La prostitution

est présentée comme un business facile, presque familial. les gens se connaissent, se font confiance, mais peuvent entraîner le sida au sein de la communauté.

Ce film aborde des thèmes spécifiques à la migration pouvant toucher le public concerné : « les papiers », les difficultés de celui qui rentre au pays après de nombreuses années en France et les difficultés de celui qui arrive...

Dans la revue de migration santé de 1998, les auteurs proposent des pistes pour la prévention du sida auprès des populations migrantes. Dans les articles proposés, cette prévention vise les résidents des foyers. L'information sur le VIH, pour être mieux acceptée, doit être intégrée dans une démarche de prévention de la santé globale et communautaire. Des relations doivent être créées entre les intervenants et les migrants. La proximité culturelle de l'intervenant, langue et/ou religion permet de donner de la crédibilité au discours. Le recours à des personnalités ayant une légitimité, notamment religieuse au sein de la communauté, permet au message de prévention d'être perçu de manière positive. La transmission orale, et donc des actions de proximité, semblent plus efficaces. Le recours à des documents filmés permet de donner une réalité à la maladie. Il faut amener les migrants à réfléchir avec les intervenants sur l'exclusion, le rejet, la stigmatisation, les fausses croyances pour tenter de proposer des solutions.

Ces deux films se basent effectivement sur les représentations de la maladie à l'époque du tournage et espèrent amener le spectateur à réfléchir à ses opinions sur le sida. Alain Moreau a utilisé des témoignages qui peuvent difficilement laisser indifférent, Gilles Le Mao a utilisé une fiction réaliste pour amener le problème du sida.

### **III.3.6 Synthèse**

Les films du corpus débutent peu après la mise sur le marché des tests de dépistage et se terminent peu après l'avènement des trithérapies.

Les cibles des films suivent globalement l'évolution des campagnes grand public. Certaines « communautés » atteintes par le sida sont par contre quasi absentes des films. Aucun film n'est spécifiquement dirigé vers les homosexuels, les toxicomanes, les prisonniers. Nous ne savons pas si cela est lié à l'origine du corpus, les films étant initialement rassemblés par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

La prévention sexuelle par le préservatif masculin traverse tout le corpus. La lutte contre l'exclusion est également présente sur toute la période. Bien que le dépistage ne tienne pas de place centrale dans aucun film, hormis un court métrage, il est abordé sur toute la période. La lutte contre les stéréotypes laisse progressivement place à des débats plus complexes. Les films reflètent autant les avancées scientifiques que le contexte socio-politique dans lequel ils sont élaborés : la peur initiale, la méconnaissance de la maladie, la prise de paroles des malades, la chute du pouvoir médical, l'affaire du sang contaminé, les problématiques différentes soulevées après l'arrivée des trithérapies...

La communication sur le sida et ce que le public est prêt à voir ou entendre changent très vite, en quelques années. En 1987, on imagine difficilement un projet comme les 3000 scénarios contre un virus (1994) émerger. Les réalisateurs auraient-ils accepté de participer, le public aurait-il rit en voyant un couple de personnes âgées gêné d'acheter des préservatifs en pharmacie? La communication massive autour du sida fin des années 1980 et début des années 1990 a très probablement contribué à ce changement des mentalités.

Les films utilisent de nombreux procédés pour atteindre leurs objectifs : utilisation de stars lorsque que le sida est médiatique, utilisation de la fiction pour faire de la prévention autrement et éviter la lassitude du public, émotion suscitée par l'image d'un enfant rejeté ou l'histoire d'un adolescent séropositif, appel à la raison (« le sida ne s'attrape pas comme ça »). La peur est très peu utilisée par les films du corpus. S'ils sont très informatifs, ils sont plutôt courts, respectant le temps d'attention de l'auditeur. En cas de témoignages ou de reportages traitant de sujets plus complexes, la durée s'allonge. Les campagnes grand public utilisent souvent des spots courts ou des affiches. Le format plus long des films du corpus permet de justifier et d'explicitier les messages portés. L'utilisation du film permet de traiter un sujet plus en profondeur, de donner différents points de vue. Certains films, en dehors des informations qu'ils contiennent ou des messages qu'ils souhaitent faire passer, sont déjà des projets de prévention.

## **IV. Médecine générale, sida et santé publique**

### ***IV.1 Les médecins généralistes au début de l'épidémie sida***

L'arrivée du sida a soulevé de nombreuses questions. La gestion de l'incertitude scientifique, la formation continue, la place des médecins généralistes dans la prise en charge de cette nouvelle pathologie, les patients étant initialement atteints de maladies rares et graves traitées à l'hôpital.

Les enquêtes réalisées auprès de médecins marseillais en 1992,1993, 1996 et auprès de médecins lorrains en 1994, révèlent que la quasi-totalité des médecins souhaitent jouer un rôle dans la prise en charge du sida. Ils considèrent qu'ils ont principalement un rôle à jouer dans la prévention, l'information et le dépistage. Ils souhaitent également prendre part aux soins palliatifs afin d'améliorer le confort du malade.

Ces enquêtes montrent également que les médecins ont été sensibles à la peur. Au début de l'épidémie, les modes de transmission sont mal connus, les rumeurs sur l'origine et la transmission du virus courent. Les médecins ont peur de se contaminer au contact des malades. Certains ont également peur que la prise en charge de patients VIH, en particulier dans le cas des toxicomanes, et dans une moindre mesure des homosexuels, ne fassent fuir la clientèle du cabinet.

En 1994, à la question « vous sentez vous suffisamment informés sur le sida ? », 62% des médecins interrogés répondent négativement. Les médecins généralistes lorrains souhaitent des lettres d'information synthétique, notamment sur les modalités de surveillance biologiques et les indications des traitements antirétroviraux. Plusieurs médecins expliquent être informés uniquement par les médias grand public. Certains se sont formés auprès d'associations de lutte contre le sida. Certains ne se sentent pas capables d'annoncer le diagnostic aux malades. Les médecins qui se sentent le plus à l'aise avec le sida sont, en fait,

ceux qui prennent en charge au moins un patient infecté par le VIH. L'expérience de la prise en charge de patients atteints par le VIH semble être la meilleure formation. Les médecins prenant en charge plus de 3 patients atteints se sentent à l'aise avec le VIH. Les médecins ayant dans leur entourage personnel quelqu'un d'atteint par le VIH, ou se sentant avec un mode de vie proche des personnes atteintes, sont également ceux qui lisent les revues internationales sur le sida.(81)(82)(83)(84)

Avec le sida s'est donc posé la question de la formation continue lorsqu'émerge une maladie nouvelle. Nous pouvons espérer qu'avec le développement d'internet, les instances sanitaires mettraient en ligne de façon rapide un état des connaissances fiable et réactualisé.

Avec le sida émerge également les réseaux de soins, même si la formule n'était pas totalement inédite. Le réseau, par un partenariat spontané entre médecins libéraux et hospitaliers, s'institue ainsi de fait comme un outil de formation, un moyen privilégié d'échanges réciproques d'informations, un support pour la coopération de professionnels différents autour de personnes malades. L'expansion quantitative de l'épidémie à VIH, les transformations de l'évolution morbide exigeant un suivi régulier à long terme, entrecoupé de soins d'atteintes aiguës de durée limitée, ont élargi le champ d'opportunités de regroupements associant praticiens de ville et hospitaliers. Ce constat a conduit la Mission Sida à promouvoir de façon systématique la création de réseaux ville-hôpital dans le cadre d'une circulaire de juin 1991. L'objectif général de la mission sida était explicite : il s'agissait d'infléchir la tendance prédominante d'une prise en charge hospitalière en formant et en impliquant un plus grand nombre de médecins de ville, principalement des généralistes. Des vacations de formation étaient prévues pour les médecins de ville, ainsi qu'un quota de subventions rémunérant du temps de coordination et de secrétariat. Les ordonnances de 1996 prennent acte de la nécessité d'un décloisonnement du système de santé et renforcent la base légale des réseaux. Les réseaux se développent toutefois initialement dans les grandes villes autour des hôpitaux.(83)(85)

## ***IV.2 Médecine générale et Santé Publique***

En 1952, L'OMS donne cette définition à la santé publique : La santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentale et physique des individus, par le moyen d'une action collective concertée visant à : assainir le milieu ; lutter contre les maladies ; enseigner les règles d'hygiène personnelle; organiser des services médicaux et infirmiers en vue d'un diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies ; mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé.

Le champ de la santé publique est vaste. Les fonctions essentielles en santé publique ont été caractérisées en 1997 à la demande de l'OMS :

- Prévention, surveillance et maîtrise des maladies transmissibles et non transmissibles
- Surveillance de l'état de santé
- Promotion de la santé
- Santé au travail (hygiène du travail)
- Protection de l'environnement
- Législation et réglementation en santé publique (établissement de la législation et contrôle)
- Planification et Gestion en santé publique (gestion et planification de la politique sanitaire)
- Services spécifiques de santé publique (mission de santé scolaire, mission en cas de catastrophe)
- Santé pour les populations vulnérables et à risque (santé de la mère et de l'enfant)

L'article 2 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique en France souligne en premier lieu la responsabilité de l'Etat en matière de santé publique, puis précise les domaines d'action concernés. La loi insiste sur la mesure de l'état de santé des populations, la surveillance épidémiologique et le contrôle des maladies transmissibles, la qualité des services de santé. Dans le domaine de la prévention, la loi oriente vers la

prévention par l'information et l'éducation à la santé. La réduction des inégalités de santé est également un objectif.(86)

La réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, entrée vigueur en janvier 2006, donne un rôle de pivot au médecin traitant dans le parcours de soins du patient. Selon la définition européenne de la médecine générale, comme pour les recommandations de l'OMS Europe 1998, la santé publique fait partie intégrante de l'exercice de la médecine générale : « la médecine générale(...) a une responsabilité spécifique de santé publique dans la communauté ».

La médecine générale renvoie pourtant dans ses représentations actuelles à un exercice solitaire d'une médecine de soins et d'un paiement à l'acte qui semblent bien éloignée des préoccupations de santé publique.

Pourtant, de par leur activité quotidienne, les médecins généralistes remplissent d'ores et déjà, et de façon plus ou moins explicite, des missions de santé publique en particulier dans le champs de la prévention dite médicalisée : vaccination, dépistages opportunistes, incitation au dépistage organisé, conseils et guidance de type éducation à la santé. L'activité de prévention représente 10 à 30% de l'activité d'un médecin généraliste.

De par sa position d'interlocuteur de confiance, il donne aux messages de prévention la meilleure chance d'être reçus et appliqués. D'autres spécificités de la médecine générale peuvent être des atouts pour être acteur de santé publique et en particulier de prévention. C'est une médecine de proximité qui touche une part considérable de la population. Le médecin généraliste connaît l'environnement des ses patients, est accessible financièrement, avec des rendez-vous assez faciles à obtenir. (87)

Pour améliorer sa position d'acteur de santé publique et ainsi améliorer la santé de population, la médecine générale doit réussir à concilier l'approche individuelle et collective d'un territoire de santé, tout en répondant aux besoins de la population suivie.

Une implication des médecins, de l'Etat et en particulier des administrations sanitaires, mais également de la population est nécessaire pour permettre aux médecins généralistes d'intégrer plus explicitement la santé publique dans leurs pratiques.

La formation initiale des médecins intègre peu la culture de santé publique. La formation initiale de médecine générale intègre peu les notions d'approche collective de la

santé, de qualité, de gestion des risques. Au cours du premier et du deuxième cycle de médecine, les disciplines enseignées sont essentiellement biologiques pures, et le modèle biomédical prime.(5) Etablir un diagnostic et une prise en charge adaptée à un individu est l'objectif principal.

Au cours du troisième cycle, la formation initiale de médecine générale doit intégrer la dimension collective de santé publique adaptée aux futurs généralistes. Les départements de médecine générale et de santé publique pourraient se rapprocher à cette fin. L'internat de médecine générale va passer à quatre années de formation au lieu de trois. Il pourrait être intéressant que des étudiants volontaires soient plus spécifiquement formés à la santé publique afin d'être des liens entre leurs collègues et les administrations en charge des politiques de santé. Ils pourraient également participer à la formation continue de leurs collègues. La discipline universitaire de médecine générale se développe. Elle devrait favoriser le recueil de données, leur analyse et la production de connaissances par les médecins généralistes.

Il paraît également nécessaire d'inculquer à la population une culture de santé publique. C'est lorsqu'il y a cohérence entre les messages nationaux et la pratique des médecins généralistes (« les antibiotiques, ce n'est pas automatique » ou la réforme du médecin traitant) que l'efficacité est la plus grande.(87)

La pénétration des démarches de santé publique en médecine générale doit s'accompagner de mesures permettant la libération de temps médical. Sans cela le médecin généraliste ne pourra s'investir dans le recueil de données, leur analyse, les choix et décisions en matière d'orientation du travail de santé publique de l'unité de santé à laquelle il appartient, dans les réunions de concertation avec les autres acteurs locaux (ville, quartier) voire régionaux voir nationaux. Cela implique une organisation différente du travail et de l'indemnisation des professionnels investis hors de la réalisation des actes quotidiens face au patient.(87)

Des consultations de prévention ont été instaurées, mais elles ont surtout bénéficié à des patients déjà soucieux de leur santé.

La convention nationale des médecins généralistes et spécialistes du 22 septembre 2011 fixe aux médecins généralistes un certain nombre d'objectifs en matière de prévention et de santé publique, avec une rémunération en fonction de l'objectif atteint.(10)

Pour les maisons de santé, les Agences Régionales de Santé expérimentent également de nouveaux modes de rémunération forfaitaire fixant des objectifs de santé publique.

Les Agences Régionales de Santé, mises en place en avril 2010, suite à la loi Hôpital Patient Santé Territoire, sont principalement chargées de réguler et d'adapter l'offre de santé dans les champs sanitaires, médico-social et de prévention pour répondre aux besoins de la population. L'ARS doit animer la politique de santé dans les territoires. Elle élabore un projet régional de santé qui définit les priorités de la politique de santé. Le cloisonnement entre administration en charge de l'élaboration des politiques de santé et acteurs de soins reste important. De nombreux objectifs de santé fixés par les ARS, comme par exemple diminuer la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants, sont des problèmes complexes et vont impliquer une foule d'acteurs non médicaux.(88) Les médecins généralistes sont cependant un relais naturel à cette priorité de santé publique. Ils pourraient être impliqués dès le recueil des données épidémiologiques nécessaires à l'identification des besoins de la population, de leur population, et dans la mise en place et l'évaluation des actions de prévention. Cela nécessiterait un engagement entre médecins et ARS, et une information du public.

## V. Conclusion

Depuis le milieu des années 1980, l'apparition de nouvelles maladies émergentes comme le sida, les maladies à prion, la grippe aviaire ou encore H1N1 et la survenue de crises sanitaires comme celles dites de la maladie de la « vache folle » revalorisent les approches de la santé publique. Dans ce cadre, de grandes campagnes d'information du public et de sensibilisation sanitaire connaissent un renouveau significatif. Face à des menaces considérées dans leur dimension mondiale, les Etats occidentaux et les organismes internationaux de santé réinvestissent l'idée de la prévention. Au cœur d'un certain nombre de politiques de cette nouvelle santé publique (New Public Health) se trouve le recours systématique et massif à la communication pour préserver la santé des populations.

En France, la loi relative à la politique de santé publique, votée le 9 août 2004 en remplacement de la loi relative à la protection de la santé publique du 15 février 1902, entérine les préconisations d'un rapport de l'IGAS publié en 2003. L'IGAS dénonçait d'une part le cloisonnement entre médecine curative et médecine préventive et proclamait, d'autre part, la nécessité de placer la prévention au cœur du système français de santé.

A partir de ce constat, la thèse présentée ici propose de revenir sur l'un des éléments clés de cette transformation, l'avènement du sida en France. Pour de multiples raisons (épidémiologiques, éthiques, thérapeutiques), le sida a bouleversé nombre de certitudes, de conceptions et de stratégies médicales, notamment en matière de prévention. L'épidémie a contribué à la mise en place de l'éducation pour la santé en France (89).

Notre thèse vise à étudier, à partir d'un corpus de films de prévention contre le sida produits entre 1987 et 1999, comment l'éducation audio-visuelle pour la santé s'est développée dans ce domaine. Afin de mettre en perspective la communication sanitaire actuelle et de réfléchir à la place que peut y occuper la médecine générale, notre thèse décrit, analyse et interroge de manière historique les formes qu'a prises la prévention audio-visuelle de lutte contre le sida pendant la période concernée. Afin de pouvoir étudier ces films, il est essentiel de les situer dans le contexte médical et politique de leur époque. La première partie de ce travail porte ainsi sur l'organisation de la lutte contre le sida en France et sur la

communication publique sur le sida dans les décennies 1980 et 1990. L'épidémie de sida en Europe et dans le monde est ensuite abordée succinctement, pour situer cette fois l'histoire française dans son contexte international.

La deuxième partie développe l'étude des films du corpus. Le corpus comprend vingt-trois films de prévention sur le sida, produits de 1987 à 1999. Il a été rassemblé par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Alsace associée au Comité Régional d'Education pour la Santé en Alsace, afin d'être prêtés à des acteurs de prévention. Ces films ne sont pas partie prenante de campagnes de prévention grand public française. Leur audience a été très locale ou internationale.

L'étude débute par la formalisation d'une grille d'analyse systématique issue du projet MEDFILM (*Instruire, informer, communiquer, éduquer. Le film médico-sanitaire en France*, programme ANR) afin d'étudier de manière systématique et rigoureuse les films visionnés. Les fiches analytiques réalisées pour chaque film ainsi qu'une copie des films vont intégrer la plateforme pédagogique MEDFILM (<http://medfilm.unistra.fr>) développée dans le cadre du programme ANR porté par le Département d'Histoire des Sciences de la Vie et de la Santé de l'Université de Strasbourg.

Une chronologie succincte de l'épidémie du sida établit qu'entre 1981, date des premiers cas rapportés, et 1985, le virus est identifié et des tests de dépistage sont mis au point. Un mouvement associatif émerge et constitue un événement fondateur dans la lutte contre le sida, dans la mesure où la mobilisation associative a partout précédé la mobilisation politique (90). A partir de 1985, l'utilisation des tests de dépistage rend compte de l'ampleur de l'épidémie. La société est mise au défi d'y répondre alors même qu'il n'existe pas de traitement curatif. L'urgence dans les années 1980 est d'accompagner les malades, de favoriser la recherche médicale et d'installer une prévention efficace pour limiter la propagation de l'épidémie. Pour répondre à ces besoins, l'Etat prend un certain nombre de mesures, dans le respect de la non discrimination et du droit des malades. Des campagnes publiques de prévention contre le sida se succèdent, pilotées de 1989 à 1994 par l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS). Avec l'arrivée des trithérapies en 1996, le VIH devient une maladie chronique, dotée de traitements complexes, nécessitant une prise en charge médicale spécialisée et scientifique. Le sida s'inscrit alors dans un parcours de suivi médical et thérapeutique (7).

La première campagne grand public de prévention contre le sida date de 1987. Les campagnes sont ensuite menées par l'AFLS, qui souhaite adresser à l'ensemble de la population un message générique sur le sida, traiter la communication sur le préservatif de façon distincte, et mener des campagnes de solidarité envers les malades. Après la dissolution de l'AFLS en 1994, les stratégies de prévention vont être organisées autour de « situations à risques » et déployer la gamme des actions permettant d'y faire face. Il ne s'agit plus de promouvoir un produit et un seul, le préservatif, mais de donner toute son importance à l'interaction entre deux partenaires dans la gestion du risque sexuel. L'Etat porte un discours faisant référence à des situations considérées comme taboues, tel le sexe entre hommes et l'usage de drogues intraveineuses, et s'adressant aux personnes touchées par l'épidémie, dont les migrants. Après l'arrivée des trithérapies, des traitements étant disponibles, les campagnes vont s'attacher à montrer la persistance du risque lié au sida et encourager le dépistage précoce. Les campagnes de solidarité et de promotion du préservatif se poursuivent en parallèle.

Le corpus de films étudié dans le cadre de cette thèse peut être divisé en trois périodes. Sept films datés de 1987 à 1990 sont essentiellement informatifs pour lutter contre les fausses croyances sur la transmission du virus, pour mobiliser la population et l'encourager à se sentir concernée par le sida et à adopter une attitude préventive. Les messages sont essentiellement centrés sur l'incitation à l'utilisation du préservatif. La population ciblée concerne en premier lieu les jeunes. La solidarité envers les malades tient également une place importante dans les films de cette période. Sur le plan de la réalisation, les films utilisent principalement des reportages et des interviews de scientifiques renommés pour convaincre les spectateurs.

Dans les six films tournés en 1994, le sida est replacé dans un contexte politique, social et psychologique. La cible demeure principalement les jeunes. La prévention par le préservatif et la solidarité envers les malades est toujours présente. En revanche, la réalisation et la forme des films changent sensiblement. Les films font désormais recours à la fiction ou empruntent des mises en scène initiées par des jeunes pour faire passer le message. L'information n'est plus donnée uniquement de façon descendante par l'intermédiaire de scientifiques reconnus. De nombreuses stars du monde artistique prêtent leur voix, leur image ou leurs compétences pour la cause de la prévention contre le sida. Les malades, déjà timidement présents dans la première période, et la gestion de la séropositivité, sont désormais un thème à part entière.

La majorité des dix films postérieurs à 1994 est tournée après la mise sur le marché des trithérapies en 1996. Dans les reportages, ce ne sont plus uniquement les malades, les médecins et les représentants des associations, c'est-à-dire des professionnels et des usagers des systèmes de santé, qui sont interviewés. Historiens, ethnologues, sociologues replacent le sida dans un certain contexte. La prise en compte de l'aspect mondial du sida est plus importante. La fiction reste utilisée. Les stars ne sont plus présentes dans cette troisième période. Le sida dévient une maladie chronique, sa prise en charge se fait plus routinière et se refocalise sur la sphère médicale dans le cadre de la gestion des trithérapies ; l'attention médiatique décroît fortement. La prévention sexuelle par le préservatif et la solidarité envers les malades restent toujours présents, mais les jeunes ne sont plus la cible principale. Plusieurs films donnent la parole aux malades sous traitement. Les autres visent des publics particuliers, femmes, migrants.

L'évolution des publics visés par l'ensemble des films suit globalement l'évolution des campagnes publiques de prévention contre le sida. Au début de l'épidémie, il s'agit de s'adresser avant tout aux jeunes. L'objectif consiste à généraliser l'information sur les risques et les causes du sida à l'ensemble de la population puisque la transmission n'est pas le fait d'un groupe à risque particulier. La lutte contre les fausses croyances liées à la transmission et la description des modes de transmission du sida est l'un des enjeux majeurs. L'approche d'une santé publique par groupes à risque s'affirme dans les films à partir du milieu des années 1990. Cette volonté de centrer la prévention sur les populations les plus touchées s'accompagne d'un nouveau risque de stigmatisation de certains groupes de population. Jusqu'en 1994, la promotion de l'utilisation du préservatif se trouve au centre des messages de prévention des films. Contrairement à la dissociation préservatif/sida des campagnes grand public, le préservatif est presque toujours présenté comme un moyen de protection contre le sida dans le corpus étudié. La problématique sida, sexualité et relations amoureuses est abordée de façon plus réaliste et sereine à partir de la seconde période. Les films soutiennent une politique de dépistage volontaire. Pour les films de la première période cette politique se présente comme un moyen de rassurer. A partir de la deuxième période, les films expriment directement les inquiétudes et angoisses potentiellement liées à la réalisation du test. Si les craintes du public sont prises en compte, elles peuvent l'être notamment grâce au recours à la fiction dans les films. Le vécu de la séropositivité est également abordé. Dans la troisième période, après 1994, la question du dépistage devient secondaire dans la plupart des films.

Ce corpus de film de prévention contre le sida reflète les changements sociaux liés au sida : acceptation sociale de l'homosexualité, représentation de la séropositivité, valorisation du malade actif, remise en question de la puissance médicale et de la médecine curative, réflexion sur la mise en œuvre de la prévention elle-même. Chaque film, tout en respectant les connaissances scientifiques du moment, s'adapte sur le fond et la forme à l'opinion publique et contribue à la modeler. Le présent travail apporte un éclairage sur le fonctionnement et le contenu de la prévention audio-visuelle.

Le film de prévention est un moyen d'alerte et d'information en Santé Publique. Il contribue à modifier les connaissances et les représentations. Un changement durable des comportements doit s'appuyer sur une politique globale d'éducation à la santé.

La médecine générale doit constituer un lieu privilégié du lien entre l'individuel et le collectif. De par sa position d'interlocuteur de proximité et de confiance, le médecin généraliste donne aux messages de prévention la meilleure chance d'être reçus et appliqués.

C'est lorsqu'il y a cohérence entre les messages nationaux et la pratique des médecins généralistes que l'efficacité est la plus grande.

VU  
Strasbourg, le  
Le président du Jury de Thèse

Professeur Jean-Christophe WEBER

VU et approuvé  
Strasbourg, le  
Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA

## **Annexes**

## **Titre du film** **Virus, quel virus ?**

Série

Une série de 3 films :  
 -Virus, quel virus ?  
 -Le sida vivre avec  
 -Aides

Année de production

1987

Durée

13'

Langue

Français

Réalisateur

Fabrice Rouleau

Réfèrent scientifique

Société de production

Films d'ici

Commanditaire

AIDES  
 Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

Couleurs ou n et b

couleur

Format

vidéo

Copie oui

Archives (détentrice du film) CIRDD Alsace/Toxibase 5 rue Adolphe Hirn 67000 Strasbourg

Administration de la notice Contal Maryse

Générique principal

### **Contenus**

#### **Sujet**

3 scientifiques ou médecins expliquent, à la demande d'un groupe de jeunes, les connaissances sur le sida et ses modes de transmission.

#### **Mots clés**

Sida – transmission - jeunesse

#### **Genre dominant**

Documentaire

#### **Sujets médico-sanitaire évoqués**

Modes de transmission du sida

Le dépistage  
Rôle du sida sur le système immunitaire  
Prévention par le préservatif

### **Résumé**

Un groupe de jeunes gens se plaint du battage médiatique autour du sida avec paradoxalement un manque d'information importante et rigoureuse. Trois scientifiques sont interviewés séparément pour répondre à leurs interrogations.

### **Contexte**

L'année 1987 marque le début d'une politique de santé publique en France pour faire face à l'épidémie sida. Le Ministre délégué à la santé Michèle Barzach ne prend pas de mesures coercitives, mais incite à l'information et à la prévention contre la transmission du sida, en l'absence de traitement médical efficace contre le sida. L'association AIDES n'a que trois ans mais s'est rapidement imposée comme une référence dans le domaine de l'information, de la prévention, de la réflexion sur les droits des malades.

### **Éléments structurants du films**

- Images de reportage : oui
- Images en plateau :
- Images d'archives : non
- Séquences d'animation : oui
- Cartons : oui
- Animateur : non
- Voix off : oui
- Interview : oui
- Musique et bruitages : oui
- Images communes avec d'autres films : non

### **Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

Le spectateur est invité à dédramatiser le sida et, une fois correctement informé, à être responsable vis-à-vis de la maladie. La conclusion est optimiste, le sida est un agent infectieux contre lequel un traitement sera trouvé.

### **Comment la santé et la médecine sont elles représentées ?**

Le spectateur est invité à être responsable vis-à-vis de sa santé, à prendre les mesures nécessaires contre la transmission du sida. La médecine est représentée au travers de 3 médecins et/ou chercheur renommés.

### **Diffusion et réception**

*Où le film est-il projeté ?* établissements scolaires, entreprises, télévision

*Communication et événements associés ?* plaquette de présentation

*Public* Le film est adressé aux jeunes et à la population générale.

*Audience locale, nationale, internationale ?* Nationale

## **Descriptif libre**

Ce film de prévention déploie un triple discours sur le virus et ses conséquences. La parole donnée aux jeunes permet l'identification du téléspectateur. Le discours scientifique quant à lui apporte des réponses aux questions posées, et la fin préventive vient conclure le film, résolution aux questions et explications qui l'ont traversé.

### **La parole des jeunes**

Une jeune femme marche dans une rue tranquille. Elle se dirige vers un kiosque à journaux, les gros titres sont sur le sida. Elle ouvre un quotidien, titre de l'article : le vaccin c'est pas pour demain.

Un journaliste (on entend juste sa voix, la caméra filme un homme d'une quarantaine d'année, assis à côté d'une fenêtre) demande si la campagne de presse alarmiste est un bon moyen d'informer les gens.

Un groupe de jeunes gens, en âge d'être au lycée, sont filmés assis sur un banc dans la rue. L'un d'eux prend la parole. Il est déçu de l'information donnée sur le sida, il associe sida et préservatif mais n'en sait toujours pas plus, les informations données par les scientifiques sont en plus contradictoire, on ne sait pas pourquoi les hommes politiques s'en mêlent... « C'est n'importe quoi... », dit-il en haussant les épaules et en secouant la tête.

Le journaliste lui demande quelle information il souhaiterait recevoir.

Le jeune répond qu'il aimerait qu'on lui parle des progrès, un autre ajoute qu'il aimerait connaître les bases, les choses importantes, comment on l'attrape, ce qui se passe ensuite.

### **La parole des spécialistes**

Pr Claude Griscelli, Dr Françoise Barré-Sinoussi de l'institut Pasteur, Dr Jean-François Schved, hématologue, sont interviewés à tour de rôle, chacun est filmé en gros plan.

Le PR Griscelli donne la définition d'un virus et explique que le virus du sida tue les lymphocytes T4, chef d'orchestre du système immunitaire. Il explique les voies de transmission, sexuelle et sanguine. Il réaffirme que la transmission ne peut avoir lieu par simple contact. La maladie est transmissible mais très peu contagieuse. Il met en garde contre la transmission mère enfant qui a lieu dans 50% des cas.

Dr Barré-Sinoussi insiste sur la transmission sexuelle : la transmission a lieu pendant les rapports homosexuels et hétérosexuels. Avoir un rapport avec une personne infectée ne signifie pas qu'on est forcément contaminé, mais un rapport sexuel peut suffire. Il faut prendre ses précautions, et à l'heure actuelle le seul moyen c'est le préservatif.

Dr Jean-François Schved conseille à toute personne inquiète de réaliser un test de dépistage. Il est contre le dépistage obligatoire : Si on le fait à tout le monde, il faudrait répéter le test dans un mois, dans un mois et dans un mois... Les gens exposés qui le souhaitent passeraient au travers... les solutions autoritaires ne lui semblent pas appropriées. Il faut traiter les gens en adulte, y compris les adolescents, leur dire voilà les moyens, voilà les risques... Il conclue : « Il n'y a pas d'histoire dans la médecine où on n'est pas répondu à un agent infectieux. »

### **La parole préventive**

Fond bleu, apparaît en blanc :

Comment tenir le SIDA en échec ?

Par la recherche d'antiviraux pour sauver les porteurs de virus

Par la recherche d'un vaccin pour se protéger du virus

En prenant des précautions pour ne pas être contaminé

Le sida vous pouvez l'éviter.



**Résumé**

Des personnes vivant avec le VIH témoignent de l'annonce de leur maladie, de leurs sentiments face à la maladie, face aux soins reçus. Certains déplorent l'attitude des soignants. Des soignants témoignent du manque ou du retard d'accès à l'information sur le sida.

**Contexte**

L'année 1987 marque le début d'une politique de santé publique en France pour faire face à l'épidémie sida. Le Ministre délégué à la santé Michèle Barzach ne prend pas de mesures coercitives, mais incite à l'information et à la prévention contre la transmission du sida, en l'absence de traitement médical efficace contre le sida. L'association AIDES n'a que trois ans mais s'est rapidement imposées comme une référence dans le domaine de l'information, de la prévention, de la réflexion sur les droits des malades.

**Éléments structurants du films**

- Images de reportage : oui
- Images en plateau : non
- Images d'archives : non
- Séquences d'animation : non
- Cartons : non
- Animateur : non
- Voix off : oui
- Interview : oui
- Musique et bruitages : oui
- Images communes avec d'autres films : non

**Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

Les séropositifs ne sont pas représentés sur un lit d'hôpital mais comme des êtres humains vivants et actifs, atteints d'une maladie grave nécessitant écoute, compassion et prise en charge adaptée. Les soignants ne sont pas blâmés, mais le film pointe la nécessité de la formation des équipes médicales pour améliorer la prise en charge du sida et permettre aux patients séropositifs de mieux gérer leur maladie. Ce film s'inscrit dans les revendications de l'association AIDES.

**Comment la santé et la médecine sont elles représentées ?**

Les soignants sont invités à s'adapter à cette maladie nouvelle.

**Diffusion et réception**

*Où le film est-il projeté ?* télévision

*Communication et événements associés ?* plaquette de présentation

*Public* tout public

*Audience locale, nationale, internationale ?* Nationale

## Descriptif libre

Le sida, vivre avec

François Vasseur, membres d'AIDES Normandie, témoigne, assis dans sa maison. L'annonce qui a été faite à Stéphane à Quimper a été réalisée sans ménagement. Nous avons appris que Stéphane était séropositif. « ça a été la terre qui se dérobe sous ses pieds. » « Il se savait condamné. »

Le plan recule. La voix du journaliste demande comment cela s'est passé par la suite en milieu hospitalier.

François Vasseur : A Rouen, il a été pris en charge dans un service compétent, presque rien à redire. Quand il a été transféré, le personnel était peut-être mal informé, il a été victime d'une attitude discriminatoire qu'il ne comprenait pas.

Filmée assise dans un fauteuil bleu, une femme en blouse blanche parle. Son nom apparaît en blanc en bas de l'écran : Dr Françoise Borsa, CHU de Rouen

Quand ils voient Stéphane, il était très mal. On venait de lui apprendre à la fois sa séropositivité et une localisation cérébrale grave de sa maladie. Il était doublement malade, physiquement et psychologiquement, et la localisation cérébrale l'empêchait de voir les choses en toute clarté. « C'était quelqu'un de brutalement handicapé, un peu comme l'on peut voir dans un accident de voiture où vous avez quelqu'un de jeune, qui d'un seul coup devient une victime qui ne comprend pas ce qui lui arrive, avec un handicap très important, puisque Stéphane était semi-paralysé. » Stéphane était un passionné de peinture, ses premières questions ont été de savoir s'il pourrait un jour reprendre ses activités.

La caméra filme l'intérieur d'une maison ou d'un appartement. On entend la voix de la personne interrogée, une voix masculine. Il explique qu'il a une profession médicale, qu'il veut bien parlé mais pas être filmé. Avec ce que l'on entend dans les journaux, cela lui ferait certainement perdre le peu de clientèle qu'il a. La voix du journaliste demande s'il n'est pas douloureux d'être caché. L'autre homme lui répond qu'on a tous une part cachée.

Une femme, médecin généraliste, est filmée en gros plan et témoigne des réactions de ses patients à l'annonce de la séropositivité. Un panique et une angoisse de plusieurs jours suit l'annonce de la séropositivité. Ensuite certains retournent cela positivement et vivent profondément chaque instant, d'autres continuent à vivre un stress intense.

Deux hommes sont assis l'un à côté de l'autre. Le premier fume. Il explique qu'il a su après un don de sang. Le deuxième homme lui demande s'il a fait un don du sang pour savoir, le premier répond positivement. Il a été reçu à la Salpêtrière pour l'annonce du diagnostic, qui s'est assez bien passé. Par contre dans un hôpital, il a été « mal reçu » : ses draps étaient en papier et ses couverts en plastique, contrairement aux autres malades. « C'est vexant, et on dort mal dans des draps en papiers. On dit t'es malade, mais tu contamines ». les collègues qui sont venus le voir ont été invité par l'équipe à mettre des masques et des gants. Une collègue informée a refusé de les mettre.

Une infirmière, Nicole, décrit la panique initiale des soignants et le manque d'information sur la transmission de la maladie. Les soignants ont été informés, mais tard. Elle est persuadée qu'il persiste des services où les soignants sont peu informés.

Une sage femme, environ 40 ans, filmée en gros plan à l'hôpital

Elle explique qu'en salle d'accouchement, elle se sent très exposées. Elle manipule le placenta, le liquide amniotique... Elle ne met pas de gants. « On ne va pas mettre des gants à chaque fois que l'on fait quelque chose... » Elle explique qu'elle ne rentre pas facilement dans la chambre de patientes séropositives, il faut qu'elle se force.

Des élèves sage femme sont interrogées et déplore le manque de formation sur le sida, on leur en a parlé 10 minutes une fois à la fin d'un cours.

Assis sur un banc dans un parc, un homme jeune, le visage marqué, témoigne : il a été hospitalisé en 1985 pour dépression. Des sérologies ont été réalisées, sans lui en parler au préalable, et on lui a annoncé la sérologie positive pour le sida et d'autres maladies vénériennes. Il explique qu'« on lui a balancé ça » sans ménagement. Il est ensuite passé par plusieurs phases, révoltes, colère, envie de contaminer à son tour car lui-même a été contaminé, puis d'acceptation de la maladie. Pour lui accepter la maladie implique d'en parler à son entourage. Il a été blessé par l'intolérance de certains, plus que par la maladie elle-même. Il ne fait pas de projets à long terme, il vit au jour le jour, en se réjouissant des petites joies du quotidien. Il n'attend pas immédiatement quelque chose de la science, il faut laisser travailler les scientifiques, ils trouveront bien quelque chose.

**Titre du film****ATTENTION SIDA**

Année de production	1987
Durée	18'
Langue	Français
Réalisateur	
Société de production	F.I.I.S & Joseph productions
Commanditaire	Ministère de l'éducation nationale
Couleurs ou n et b	couleur
Format	video
Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD Alsace/Toxibase 5 rue Adolphe Hirn 67000 Strasbourg
Administration de la notice	Contal Maryse

**Contenus****Sujet**

La prévention du sida chez les jeunes

**Mots clés**

Sida-prévention-jeunesse

**Genre dominant**

Documentaire

**Sujets médico-sanitaire évoqués**

Modes de transmission du sida

Prévention de la transmission, essentiellement sexuelle

**Résumé**

Michel Boujenah et Luc Montagnier sont auprès d'un groupe de jeunes pour parler du sida. Le Pr Montagnier, aidé de schémas ou de petits documentaires insérés dans le film, énoncent les connaissances sur le sida, ses moyens de transmission et de prévention.

**Contexte**

L'année 1987 marque le début d'une politique de santé publique en France pour faire face à l'épidémie sida. Le Ministre délégué à la santé Michèle Barzach ne prend pas de mesures coercitives, mais incite à l'information et à la prévention contre la transmission du sida, en l'absence de traitement médical efficace. Les jeunes sont la cible affichée des actions de prévention.

**Eléments structurants du film**

- Images de reportage : oui
- Images en plateau : oui
- Images d'archives : non
- Séquences d'animation : oui
- Cartons : non
- Animateur : non
- Voix off : non
- Interview : oui
- Musique et bruitages : oui
- Images communes avec d'autres films : non

**Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

Le public visé est invité à écouter les explications sur le sida, et à prendre des précautions lors de relations sexuelles. Les conseils sont prodigués par le chercheur français ayant découvert le virus. Le choix du présentateur, Michel Boujenah, acteur connu, jeune et sympathique, sur une musique de Jean-Jacques Goldmann, doit pouvoir séduire et attirer le public.

**Comment la santé et la médecine sont elles représentées ?**

La confiance en la recherche et la médecine est affirmée.

**Diffusion et réception**

*Où le film est-il projeté ?* télévision

*Communication et évènements associés ?* Plaquette de présentation

*Public* Jeune public

*Audience locale, nationale, internationale ?* Nationale

**Descriptif libre**

Sur une musique rock, générique.

**Les questions du jeune public mises en scène**

Un groupe de jeunes est réuni autour d'une table dans un appartement, l'ambiance est festive. L'un d'eux essaie de regarder la télévision dans le bruit ambiant, c'est une émission sur le sida. Le Pr Montagnier et Michel Boujenah sortent de l'écran pour venir s'asseoir au milieu des jeunes. Michel Boujenah leur a demandé si le sexe et le sida ça les intéressent. Les questions fusent : « pourquoi la maladie ne touche que les homosexuels ? Est-ce qu'on en meurt ? C'est quoi un séropositif ? Etc. »

### **Le témoignage**

Michel Boujenah invite le Dr Montagnier à parler, il veut tout savoir sur l'amour. Le Dr Montagnier les invite à regarder des images et à parler ensuite. Ces images montrent un homme faisant de la voile, puis un homme jeune dans un lit, il est couvert de lésions sur la peau des pieds à la tête.

Le Pr Montagnier précise qu'il est mort peu après, les lésions étaient un sarcome de Kaposi. Il dit que le sida est la dernière étape d'une maladie qui affaiblit le système immunitaire, organisme de défense de l'organisme. Sida signifie Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquises. Ce la s'affiche en blanc en bas de l'écran. Une jeune femme intervient : « Je vous ai déjà entendu dire que cela est dû à un virus... » Le Pr Montagnier les invite au laboratoire à venir voir le virus.

### **La réponse scientifique mise en scène**

Dans une salle du laboratoire, une image du virus avec inscrit V.I.H : Virus d'Immunodéficiences humaines. « Pourquoi le virus est si dangereux ? » demande une jeune femme. Le Pr Montagnier se tourne vers un écran et leur propose de regarder un film d'animation qui va répondre à leurs questions.

Le film explique qu'une fois dans le sang, le virus pénètre dans les lymphocytes T4. Il peut alors soit y dormir soit se reproduire et faire exploser le lymphocyte. Les lymphocytes T4 sont les chefs d'orchestre du système immunitaire. Si ils sont détruits, le corps ne pourra plus se défendre contre les microbes et certaines cellules cancéreuses. Les signes du sida apparaissent alors.

Si le virus dort, la personne n'est pas malade mais elle est contagieuse, le virus est présent dans le sang et les sécrétions sexuelles. On parle de porteur sain. Une flèche part du porteur sain vers le mot sida, sans plus d'explication.

Un jeune homme trouve que le terme de porteur sain est contradictoire. « On devrait dire porteur de virus sans symptômes » approuve le Pr Montagnier. « Un jour, certaines d'entre elles (porteurs sains) feront un sida, peut-être 10 ans après l'infection. »

« Ça veut dire qu'un jour je peux avoir le virus sans me rendre compte ? » s'inquiète une jeune femme. « Fais toi dépister, lui répond un ami. »

Un nouveau film d'animation explique, sans parler de délai, le dépistage et les termes séropositifs et séronégatifs. Une jeune femme demande si une fois que l'on est positif, c'est pour toute la vie. « En effet, on doit malheureusement le craindre. », répond le Pr Montagnier. Dans le salon, Michel Boujenah mange avec le présentateur télé. Il prend des spaghettis dans l'assiette du présentateur, et demande au Dr Montagnier : « Si jamais cette personne avait le sida, est-ce que je pourrais l'attraper comme ça ? » « Non, non soyez tranquille, le sida ne s'attrape pas comme ça. » Michel Boujenah mange alors sa fourchette de spaghettis.

Le présentateur demande : « Si je bois dans un verre dans lequel aurait bu un séropositif... »

Le Pr Montagnier réaffirme que le virus n'est pas transmis par les contacts de la vie courante.

Un jeune homme fait remarquer qu'il a entendu qu'on retrouve du virus dans la salive.

Le Pr Montagnier répond qu'on a effectivement trouvé du virus dans la salive, mais à des taux trop faibles pour déclencher une infection ; c'est pourquoi en pratique la salive n'est pas un mode de transmission du virus.

« Et quand on regarde une femme dans les yeux à lui brûler les prunelles ? » demande Michel Boujenah. Une esquisse de sourire se dessine sur le visage du Dr Montagnier. Le virus du sida ne se transmet pas par les contacts de la vie courante ; regarder comment se transmet le sida. Il invite d'un geste l'assemblée à regarder dans une direction.

Un petit film d'animation sur les modes de transmission est présenté. Le Dr Montagnier rappelle ensuite que la peur est essentiellement liée à la progression de la maladie dans la population.

Voie off : Le monde entier est concerné par le sida. Des photographies de foules de pays différents avec des gens de toutes les couleurs défilent à l'écran.

« Faut-il s'arrêter de vivre ? Faut-il s'arrêter de faire l'amour ? » demande Michel Boujenah.

Le Dr Montagnier rappelle les moyens de prévention sexuelle : éviter les partenaires que l'on connaît peu, et surtout le préservatif. La recherche a besoin de temps, et il faut aider les chercheurs à gagner la course contre le virus (notamment trouver un vaccin) en limitant la progression de la maladie, donc en se protégeant.

**Titre du film****Sida, le virus**

Année de production	1988
Durée	8'
Langue	Français
Réalisateur	Claude Edelmann
Société de production	Les films du levant
Commanditaire	Institut Pasteur, Ministère des Affaires étrangères, Rhone poulenc
Couleurs ou n et b	couleur
Format	video
Copie	oui

Archives (détentrices du film) CIRDD Alsace/Toxibase 5 rue Adolphe Hirn 67000 Strasbourg

Administration de la notice Contal Maryse

**Contenus****Sujet**

Le virus du sida à l'échelle microscopique

**Mots clés**

Sida-biologie-lymphocyte

**Genre dominant**

Documentaire

**Sujets médico-sanitaire évoqués**

Pathogénicité du VIH

**Résumé**

Ce documentaire scientifique montre, à l'aide d'images obtenues au microscope, comment le VIH s'attaque aux cellules du système immunitaire

**Contexte**

La paternité de la découverte du virus du sida est revenue à Luc Montagnier et son équipe un an auparavant, mais la recherche avance toujours.

**Eléments structurants du films**

- Images de reportage : oui
- Images en plateau : non
- Images d'archives : non
- Séquences d'animation : non
- Cartons : non
- Animateur : non
- Voix off : oui
- Interview : oui
- Musique et bruitages : oui
  - Images communes avec d'autres films : non

La majeure partie du film est fondée sur les commentaires de photographies d'images prises en microscopie.

**Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

Le public ciblé est probablement professionnel. Le langage utilisé n'est pas accessible à la population générale. Le film présente la science et la recherche contre le VIH comme une technologie de pointe.

**Comment la santé et la médecine sont elles représentées ?**

La confiance en la recherche et ses progrès semble aller de soi.

**Diffusion et réception**

*Où le film est-il projeté ?*

*Communication et évènements associés ?*

*Public* Professionnel

*Audience locale, nationale, internationale ?* Nationale

**Descriptif libre**

Musique électronique

Une femme vêtue de blanc dans la laboratoire effectue des prélèvements dans des tubes. Son visage est filmé en gros plan, elle a l'air déterminée.

Le titre du apparaît en blanc sur un fond rose, probablement un grossissement d'une photo prise au microscope. La musique se poursuit. Un jeune homme se fait prélever du sang. Une voix off masculine débute et explique les modes de transmission du sida, en étant assez scientifique. Pendant qu'il parle, on découvre des coupes microscopiques de tissus et de cellules, avec des globules en mouvement.

La voix off explique le système immunitaire, des macrophages sont filmés, dont un phagocytant un corps étranger. La reconnaissance des antigènes présentés au lymphocyte T4 par le macrophage entraînant la multiplication de certains lymphocytes est raconté, images microscopiques à l'appui, avec la même musique en fond sonore. « Sauf s'il rencontre le virus du sida... » Le virus apparaît à l'écran : une photographie en microscopie électronique, précise la voix off. La constitution du virus est expliqué, sa pénétration dans le lymphocyte T4 également, schéma puis image en microscopie électronique venant illustré les propos de la

voie off. La phase de latence, la réplication virale et la destruction des lymphocytes sont expliqués. Une séquence en microcinéma nous montre « pour la première fois » la mort d'un lymphocyte géant.

La faible action contre le virus des Anticorps est exposé. Les voies de la recherche, bloquer l'entrée du virus dans la cellule, bloquer sa multiplication, ou renforcer les défenses immunitaires de l'organisme sont exposées.

« en attendant, l'hygiène et la responsabilité individuelle peuvent déjà enrayer l'épidémie. »

**Titre du film****Paroles de Jeunes**

Série

Année de production

1989

Durée

20'

Langue

Français

Réalisateur

Antonio Ugidos et Christophe Charbonnier

Société de production

CRIPS

Commanditaire

CRIPS

Couleurs ou n et b

couleur

Format

video

Copie

oui

Archives (détentrices du film)

Administration de la notice

Maryse Contal

**Contenus****Sujet**

Jeunesse et sida

**Mots clés**

Sida-jeunesse-sexualité-préservatif

**Genre dominant**

Interview

**Sujets médico-sanitaire évoqués**

Transmission sexuelle du sida

**Résumé**

Des journalistes interpellent des jeunes présents à un salon sur les thèmes du sida, de l'amour, de la sexualité, et prennent leurs réactions sur le vif

**Contexte**

Le CRIPS créé depuis peu a probablement profité du salon Européen de la jeunesse pour effectuer une action de sensibilisation sur le sida

**Éléments structurants du films**

- Images de reportage : non
- Images en plateau : oui
- Images d'archives : non
- Séquences d'animation : non
- Cartons : non
- Animateur : non
- Voix off : oui
- Interview : oui
- Musique et bruitages : oui
- **Images communes avec d'autres films : non**

**Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

Le spectateur est invité à lui aussi se poser des questions sur le sida et la sexualité, à réagir face aux réponses filmées. L'ambiance est gaie et dynamique.

**Comment la santé et la médecine sont elles représentées ?****Diffusion et réception**

*Où le film est-il projeté ?*

*Communication et évènements associés ?*

*Public* Jeune public

*Audience locale, nationale, internationale ?* Nationale

**Descriptif libre**

Musique jeune, entraînante, presque électronique.

Sur un fond blanc, des jeunes sont filmés avec un gros plan sur leur visage.

Les explications défilent en bleu sur l'écran :

Du 30 septembre au 4 novembre 1989 à Paris, dans le cadre du Salon Européen des Jeunes, du sport et des loisirs, une centaine de jeunes ont accepté de répondre à une série de questions indiscretes, provocantes sur l'amour, la sexualité, le sida et les préservatifs. Paroles de Jeunes est le reflet de la diversité de leurs points de vue.

A eux tous merci.

Voie off :

Avec le sida, est ce que le goût du risque augmente le plaisir ?

On entend le brouhaha du salon.

Un jeune homme blanc : non je ne pense pas du tout

Deux jeunes hommes, l'un d'eux parle, l'autre a la tête baissée, il ne semble pas ravi d'être devant la caméra : je pense qu'au contraire, on a plus de difficulté, avec le problème, ou euh avec la personne, comment lui dire, comment faire, je pense que non.

Une jeune fille noire : Pas du tout. Elle rie et on entend les voix d'amis autour. Non, pas du tout, le fait qu'on utilise la capote (elle montre un préservatif dans son emballage), ça ne doit pas donner la même sensation.

(...)

Voie off : L'amour ça signifie quoi ?

Un jeune homme noir : C'est le plaisir.

Deux jeunes filles : S'il n'y avait pas l'amour, on ne pourrait pas avoir d'enfant. Et pis y'aurait pas de monde.

(...)

Voie off : la sexualité c'est quoi ?

Une jeune femme avec un bébé dans les bras : C'est les rapports que je peux avoir avec mon ami, enfin mon mari. Je ne sais pas, c'est bien, c'est important.

Un jeune homme : la sexualité, c'est comme manger, plus on mange, plus on a fin.

(...)

Voie off : Un slogan pour le préservatif ?

Un jeune homme, une jeune femme à ses côtés : ça dure plus longtemps !

Un jeune homme : Il vous aide à aller plus loin !

(...)

Une voie off repose les mêmes questions à Jacques Higelin.



*Eléments structurants du films*

- Images de reportage : non
- Images en plateau : non
- Images d'archives : non
- Séquences d'animation : oui
- Cartons : non
- Animateur : oui
- Voix off : oui
- Interview : non
- Musique et bruitages : oui
  - Images communes avec d'autres films : non

**Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

Le film d'animation propose une information sur le sida et ses modes de transmission. Le spectateur est invité à se conformer à certaines normes, à savoir avoir un seul partenaire sexuel ou mettre un préservatif, avoir foi en la science, aider son prochain malade séropositif. Niki de Saint Phalle, artiste anticonformiste, dans un rôle de mère protectrice, prête ainsi sa renommée à la lutte contre le sida en prêchant pour un comportement raisonnable et rangé. La voix de Mireille Darc, actrice séductrice, vient appuyer ses propos.

**Comment la santé et la médecine sont elles représentées ?**

La médecine et la recherche sont présentées de façon à rassurer le spectateur

**Diffusion et réception**

*Où le film est-il projeté ?* télévision

*Communication et évènements associés ?*

*Public*

jeunesse

*Audience locale, nationale, internationale ?*

L'audience a probablement été nationale (diffusion par l'AFLS). Un livre reprenant images et texte du film a été publié en 1990, et les dessins ont été exposés au musée des Arts décoratifs de Paris de 1990 à 1991.

**Descriptif libre**

Le titre du film apparaît sur fond blanc, en caractère en couleur, stylisé et un peu enfantin.

Générique :

Sur fond orange, même type de caractère

Une femme de 40, 50 ans, blanche, habillée dans des couleurs chatoyantes est assise sur une table aux couleurs vive, en fond un miroir avec de nombreux objets posés devant sur la tablette. Elle rédige une lettre adressée à Laura et Philip, ses enfants. Un voie off lit la lettre pendant que la caméra nous la montre : « hier soir, j'ai rencontré un virologue qui étudie le virus du sida et un médecin qui soigne les personnes malades du Sida. Voilà ce que j'ai appris : »

Le film ainsi annoncé débute. C'est un film d'animation, les personnages sont dessinés en deux dimensions, ils sont colorés, le fond de l'écran est de couleur vive.

Un personnage, une femme qui pourrait être enseignante, explique ce signifie les initiales SIDA et VIH, de façon à être compris par un large public.

Les mode de transmission du virus (sperme, sécrétions vaginales, sang) sont expliqués et représentés par des dessins (exemple : une seringue, une femme noire enceinte pour la transmission mère enfant...)

Un autre personnage expose la différence entre séropositivité et sida. Le virus est représenté dans un vaisseau sanguin, puis l'apparition des anticorps qui s'ajoute au schéma. Le personnage annonce être séropositif, ça n'est pas avoir le sida. Le personnage parle des anticorps développés contre le virus comme un moyen de défense. Ces simplifications ont peut-être un but pédagogique, mais elles semblent sources de confusion.

Il précise que pendant une période qui peut atteindre une dizaine d'année, une personne séropositive n'est pas forcément malade.

Un autre personnage explique que la science a fait des progrès, que le fonctionnement de la maladie a été élucidé très vite. Il précise qu'il existe déjà des traitements pour retarder la maladie. Un schéma sur un tableau illustre ces propos.

La séquence suivante invite au dépistage. « Si vous vous posez des questions », matérialisé par un point d'interrogation à l'écran, « faites le test qui vous permet de savoir si vous avez été en contact avec le virus. » Le personnage conseille d'aller voir un médecin. (Cette présentation du dépistage est réalisé en des termes plutôt rassurant.)

Le film revient sur la recherche. « Tous les jours, des chercheurs font des progrès. » Un chercheur en blouse blanche est représenté, se tenant le menton, avec plein d'idée matérialisée sous des formes géométriques au dessus de sa tête.

La séquence suivante rappelle avec humour de nombreuses situations où il ne faut pas avoir peur du risque de transmission du virus, les différentes situations étant représentés par des dessins. « Le sida, tu ne l'attraperas pas par : un chat, un moustique, des couverts, dans les toilettes publiques, des livres, chez le coiffeur etc... »

Une explication est donnée sur les situations à risque de transmission, elle complète la première explication sur les modes de transmission. Une femme est montrée de dos placée au centre d'un personnage qui ressemble à un rapace. « Le virus du sida se transmet en faisant l'amour, un homme peut le transmettre à un homme, un homme à une femme, une femme à un homme ou à son bébé. »

La séquence suivante réaffirme que le nombre de contaminations chez les jeunes ne cessent d'augmenter.

« Il est vrai que les couples qui sont toujours fidèles n'ont rien à craindre, mais comme tu n'es pas un ange et que les histoires d'amour ne durent pas toujours, et que bien connaître son partenaire n'est pas suffisant, préserve toi ».

Une voie off rappelle que lors de fêtes ou dans les boites de nuit, « une histoire d'amour peut vite commencer ». « Dragueur fais gaffe ! En te protégeant, tu protèges les autres, le sida est facile à éviter, utilise des préservatifs, ils sont dans le coup et c'est aussi un bon moyen de contraception ». Le « dragueur » est un personnage jeune, blond, en costume. Il apparaît sur

fond rose un préservatif qui se déroule, préservatif avec des motifs colorés dont des cœurs rouges.

La voie off propose ensuite de prendre son temps en amour, vente les mérite du romantisme, de l'amour chaste. Cette séquence expose la fidélité et la chasteté comme des moyens possibles de ne pas prendre de risque face au sida. Elle amène une réflexion sur la difficulté de la fidélité. Elle affirme le préservatif comme un moyen simple et efficace de lutter contre la transmission du sida, notamment chez les jeunes multipartenaires, cette fois sans préciser hétérosexuel ou homosexuel. Elle réaffirme que le préservatif est un bien de consommation courante et en fait la promotion. C'est la séquence la plus alarmiste du film, séquence où il est également proposer des moyens de prévention. Le film dans son ensemble reste informatif sans utiliser le levier de la peur, en rapport avec la présentation de film d'animation enfantin.

La séquence suivante invite à la compassion et à la solidarité envers les personnes séropositives. Des personnages blancs et noirs exposent leurs doléances : « je suis toute seule, j'ai perdu mon travail, mes amis m'ont laissé tomber, aidez moi » On entend une musique prenante et triste. La voix off invite à aider ceux qui ont le sida, à être présent pour eux. La séquence se termine par deux personnages dont un séropositif se serrant dans les bras.

Maman Niki réapparaît, elle a terminé sa lettre qui apparaît à l'écran: « soyez prudents et si vous avez des questions, parlons en ensemble, je vous aime bisous, Maman.

Il est rappelé le numéro de Sida Info Service.

### **Notes complémentaires :**

Dans la préface d'un livre publié en 1990, qui reprend texte et illustrations du film d'animation (ou bien le film d'animation est tiré du livre ?), Niki de Saint Phalle explique : « En 1984, un grand ami immunologue Silvio Barandun vint me voir. Il me parla du sida, m'expliquant que l'on était en face d'une épidémie grave qui allait toucher tout le monde. Le grand problème était d'informer le public. Il me demanda de collaborer avec lui pour faire un livre à la fois joyeux et scientifique. Le premier livre a été publié en 1985. C'est une nouvelle version de la même idée. »

Le livre est également subventionné par l'AFLS.

Dans son livre, Niki de Saint Phalle remercie Willy Rozenbaum et Bill Haseltine pour leur collaboration.

**Titre du film****Alison**

Année de production	1990
Durée	20'
Langue	Français
Réalisateur	Leslie Jenkins
Société de production	IRIS FILM Nyon, Suisse pour l'OMS Genève, Suisse
Commanditaire	OMS
Couleurs ou n et b	couleur
Format	vidéo
Copie	oui
Archives (détentrice du film)	CIRDD Alsace/Toxibase 5 rue Adolphe Hirn 67000 Strasbourg
Administration de la notice	Contal Maryse

**Contenus****Sujet**

Le vécu de la séropositivité par une jeune femme hétérosexuelle issue d'une famille aisée à New-York

**Mots clés**

Séropositivité- hétérosexualité-prévention

**Genre dominant**

Témoignage

**Sujets médico-sanitaire évoqués**

La gestion de la séropositivité

La transmission par voie sexuelle hétérosexuelle

**Résumé**

Alison témoigne de sa réaction face à sa séropositivité et de sa lutte contre le sida. Tout le monde peut être atteint et est concerné.

**Éléments structurants du films**

- Images de reportage : oui
- Images en plateau : non
- Images d'archives : non

- Séquences d'animation : non
- Cartons : non
- Animateur : non
- Voix off : oui
- Interview : oui
- Musique et bruitages : oui
- Images communes avec d'autres films : non

### **Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

Le public est invité à la compassion envers cette jeune femme contaminée lors de son premier rapport sexuel, implicitement « injustement contaminée ». Le ton de cette « confession » mélo-dramatique évoque la rédaction d'un journal intime. Le message d'universalisation « tout le monde est concerné par le sida » ne peut pour autant toucher qu'une frange de la population qui s'identifierait à Alison.

### **Comment la santé et la médecine sont elles représentées ?**

La médecine apparaît assez impuissante. Alison est suivi médicalement mais cela influence peu son avenir. La confiance en la recherche est affirmée.

### **Diffusion et réception**

*Où le film est-il projeté ?*

*Communication et évènements associés ?*

*Public*

Tout public

*Audience locale, nationale, internationale ?*

Le film est produit par l'OMS. Il a à priori été diffusé aux nations unies lors d'une journée mondiale du sida. Etant produit par l'OMS, la diffusion est probablement internationale.

Un film télévisé sera tiré de l'histoire d'Alison et connaîtra une diffusion internationale. "Something to Live For: The Alison Gertz Story," a été diffusé sur la chaîne ABC aux USA. Le secrétaire d'état à la santé des USA a déclaré que le film a envoyé un puissant message à propos des réalités du sida. En français, le titre est amour fatal, la véritable histoire d'Alison Gertz.

### **Descriptif libre**

Plan sur le visage d'une jeune femme. Elle est blanche et pâle avec des cheveux noirs. Elle regarde par la fenêtre d'un immeuble et voit en bas des enfants en train de jouer, et un grand immeuble d'habitation en face. On retourne dans la chambre de la jeune fille. Gros plan sur son visage, elle est allongée sur un lit. Voix off de la jeune fille, elle parle durant tout le reportage à la première personne : « Je m'appelle Alison Gertz. Mes amis m'appellent Ali. Je vis à New-York, j'ai 23 ans et j'ai le sida. »

Générique, un coucher de soleil sur la baie de New-York avec au premier plan en contre jour une jeune fille assise buvant un verre à un balcon.

Elle est filmée dans son appartement, qui est propre et cossu. Alison caresse un petit chien. La voix off reprend. Elle raconte le choc de la jeune fille lors de la découverte de sa séropositivité, qui ne comprend pas comment le virus est entré en elle. Elle ne se drogue pas, a des relations stables et n'a jamais été transfusée.

Le jeune femme est filmée en robe de chambre dans sa chambre, elle prépare ses vêtements. La voie off explique que les symptômes ont commencé il y a un an environ. La fièvre ne cédant pas avec les médicaments, elle a été hospitalisée, le diagnostic de maladie de Hodgkin a été évoqué. Elle subit d'autres examens désagréables et un jour un médecin lui annonce qu'elle a le sida. « J'étais révoltée contre l'injustice de la vie. » Une photographie en noir et blanc du visage de la jeune femme apparaît. Voie off : Elle a été contaminée 7 ans plus tôt à l'âge de 16 ans, alors qu'elle était amoureuse d'un homme plus âgé. Cet homme est mort du sida depuis, mais elle ne le savait pas.

Retour dans l'appartement. La jeune femme se brosse les dents dans la salle de bain, elle est filmé de dos, et l'on voit son visage dans le miroir. Voie off : à l'époque, le sida n'était pas à l'ordre du jour, les médias n'en parlaient pas encore. Une fois le choc passé, elle a pensé à la mort, mais une partie d'elle ne voyait pas tout cela réel. Elle a alors eu l'impression d'être deux personnes à la fois, une dont la vie était terminée, et une autre, optimiste, celle qu'elle a toujours été, qui lui disait : tu vas lutter.

Alison met des roses et des fleurs blanches dans un vase. Une musique douce classique, au piano, apparaît dans les moments de calme du reportage. Des photos, celle de ses parents, apparaissent à l'écran. Voie off : Alison est issue d'une famille aisée, elle est fille unique. Cela a été un choc pour eux, ils ont vu la mort dans le sida. Alison a du faire face à leur chagrin et celui de ses proches. Elle habite près de chez ses parents, sa mère lui téléphone plusieurs fois par jour. Ses parents pensaient que cette maladie n'attendrait que les enfants des autres.

Son père pensait qu'on en faisait trop autour du sida pour obtenir des moyens pour la recherche. Maintenant ils se battent pour récolter de l'argent pour que la recherche avance.

Alison a décidé en accord avec ses parents d'apparaître en public. Elle a créé une association, donne des interviews dans les médias, journaux, magazines, à la radio, dans les lycées. Elle souhaite que son exemple soit connu du grand public d'éviter d'autres contaminations. « Une fois suffit ». Elle est aidée par ses amis et sa famille pour répondre à toutes les demandes d'interventions qui lui parviennent. Elle raconte son chagrin. Elle explique qu'elle a décidé de ne plus avoir de rapport avec son ami vu le risque de contamination. Elle raconte qu'elle voudrait se marier, vivre à la campagne, et avoir des enfants. Elle s'empêche de penser à cela pour le moment et repousse ces projets. « Je pense que je le ferai, parce que la science finira bien par apporter une solution. » Alison termine par un message de solidarité et de soutien nécessaire à toutes les personnes infectées dans le monde.

## **Titre du film** **Une histoire qui n'a pas de fin**

Série Sida, paroles de l'un à l'autre (1993)  
 Une histoire qui n'a pas de fin (1994)  
 Paroles de familles (1995)  
 Who's Next ? (2009)

Année de production 1994

Durée 95'

Langue Français

Réalisateur Paule Muxel et Bertrand De Solliers

Société de production M de S Films et planet cable

Couleurs ou n et b couleur

Format video

Copie oui

Administration de la notice Contal Maryse

### **Contenus**

#### **Sujet**

Témoignages de soignants sur le sida

#### **Mots clés**

Sida et soins-sida et sociologie-soignants et sida

#### **Genre dominant**

Documentaire

#### **Sujets médico-sanitaire évoqués**

Le sida dans sa globalité (épidémiologie, annonce de séropositivité, fin de vie...)

Le ressenti des soignants, ce que leur apporte les soins, leurs difficultés, la relation avec leurs patients, avec leurs collègues, leurs opinions sur la vie, la mort...

#### **Résumé**

18 soignants, au sens large du terme, médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, font part de leur vécu et de leur réflexions sur le sida. Une multitude de thèmes autour du soin et du sida sont abordés.

#### **Contexte**

En 1994, nous sommes à l'apogée de la prévention. Les militants sida sont actifs et reconnus par les pouvoirs publics. Le sida est reconnu comme une pandémie. Les

actions inter-associatives se multiplient, le sidaction d'avril 1994 est un succès. Les trithérapies ne sont pas encore d'actualité et la prévention est un des seuls moyens de lutter contre le sida. La fin de l'AFLS est annoncée mais les campagnes de prévention se sont succédées. Le grand public a également été sensibilisé par l'intermédiaire de l' « affaire du sang contaminé ».

### **Éléments structurants du film**

- Images de reportage : oui
- Images en plateau : non
- Images d'archives : non
- Séquences d'animation : non
- Cartons : non
- Animateur : non
- Voix off : oui
- Interview : oui
- Musique et bruitages : oui
  - Images communes avec d'autres films : non

### **Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

Le film est une succession de témoignages de soignants. Ils sont filmés en gros plan. Ils sont assis à l'arrière d'une voiture qui roule. On entend très rarement la question posée, et l'on ne voit pas les journalistes, ni le conducteur de la voiture. Le nom des soignants et leur fonction ne sont pas mentionnés. L'autre titre de ce film est « Sida, paroles de soignants ». On découvre ou pas leur profession au fil de leur témoignage. Ils sont tous au contact avec des personnes séropositives ou malades du sida.

### **Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

C'est avec beaucoup d'émotions que l'on découvre les diversités des situations liées au sida et l'humilité, la révolte de ces soignants.

### **Comment la santé et la médecine sont elles représentées ?**

La médecine et la maladie vécues par les soignants sont présentées de façon nuancée. Le sida a amené les soignants devant une maladie nouvelle, qui invite aux fantasmes. La toute puissance de la médecine et la reconnaissance par les soignants uniquement des réussites liées aux soins curatifs a été remise en question. Les difficultés des relations humaines sont abordées. Les difficultés à mêler au soin ses propres sentiments, croyances et émotions sont abordées. Les soignants ne sont pas représentés sur leur lieu de travail, en tant que professionnels ressources et disposant de connaissances, mais en tant qu'êtres humains avec un certain regard sur le sida.

### **Diffusion et réception**

*Où le film est-il projeté ?* Télévision

*Communication et événements associés ?*

*Public*

Tout public

*Audience locale, nationale, internationale ?*

Nationale

### **Descriptif libre**

Générique, puis début des témoignages.

#### **Une femme d'une quarantaine d'année.**

Elle a constaté que les gens ne savent pas grand-chose, sous entendu sur le sida. Elle informe ses proches. Elle est « à fond dedans » tous les jours, c'est normal qu'elle connaisse le sujet. Mais la majorité des gens ne savent pas grand-chose ou ont des idées fausses.

#### **Un homme d'un quarantaine d'année, avec une veste de costume et une écharpe.**

Il explique qu'on annonce pas la séropositivité de la même façon selon le patient, si l'on a faire à un père de famille, un homosexuel isolé... En tant que médecin généraliste, on s'insère dans une histoire. « Il ne nous demande pas de nous approprier ce qu'il est en train de vivre. » L'attitude doit être l'écoute.

Il raconte que dans les premiers articles sur le sida, la maladie était considérée comme celle des homosexuels et des haïtiens, c'était des papiers culpabilisants. Lui aussi au début pensait que la responsabilité d'un patient infecté était engagée, il avait fait ce qu'il ne fallait pas. Des discours éthiques ont surgi, c'était intenable, il fallait repenser cela. Dans l'inconscient collectif, c'est clair, cette notion presque sensitive de responsabilité existe. Le médecin explique que même dans les séances de formation, les médecins ont des phrases parfois inconsciente qui évoquent la culpabilité du patient. « C'est la faute de personne si on a attrapé un virus qui est passé dans l'écosystème dans la communauté humaine. »

#### **Une femme de 45 ans environ**

« Je ne pensais jamais que ça m'arriverait dans ma vie médicale une nouvelle maladie que je découvre. Je pensais qu'on ne pouvait plus rencontrer ça au vingtième siècle. (...)ça a été extrêmement passionnant. On était pas préparé à ça. C'est peut-être une des rares maladies mortelles qu'on peut éviter par certains comportements en partie sexuels.(...) On sait tous au fond de nous qu'on a parfois des moments où on maîtrise mal nos désirs, alors si on ne sait pas maîtriser le désir, ça veut dire qu'on peut être malade du sida... »

#### **Une femme d'une trentaine d'année**

Elle est infirmière et raconte qu'on ne lui a pas appris à gérer la dimension humaine, le côté relationnel des soins, mais aussi le rapport avec le corps, avec la mort. Elle s'est vu déborder. Elle a accepté quand elle était élève de revoir un patient en dehors de l'hôpital sans qu'il y ait de réel lien d'amitié, elle ne savait plus où se situer.

### **Notes complémentaires :**

Paule Mauxel et Bertrand de Solliers réalisent ensemble des courts métrages sur l'Art. Ils réalisent en 1993 un long métrage documentaire, *Histoires autour de la folie*, qui est un essai sur les rapports relatifs à l'exclusion et leur évolution de la fin du XIX ème siècle à nos jours. Au cours de ce tournage, ils rencontrent un homme dans une unité de soins psychiatrique. Cet homme a appris « son sida » à la suite de troubles neurologiques importants. Cet homme vivait une double exclusion : le sida et la psychiatrie. « Pour lui, l'urgence de la parole, l'urgence de dire, de comprendre étaient

tels, que nous avons engagé le premier des trois films dans cette même urgence, avec une seule volonté : faire exister ce film, faire exister ces personnes » (Bertrand De Solliers). *Sida, une histoire qui n'a pas de fin*, fait suite à un premier film, *Sida, paroles de l'un à l'autre* (1993), où des personnes séropositives s'adressent à la caméra. *Sida une histoire sans fin* sera suivi par *Paroles de familles* (1995), où les membres d'une famille dont un proche est décédé du sida raconte comment il a vécu et la maladie et la mort de ce proche. En 2009, un DVD sort réunissant ces 3 films et *Who's Next ? 15 ans après (50 000 gélules plus tard, dirait un séropositif)*, interview de séropositifs présents dans *Sida paroles de l'un à l'autre*.

**Titre du film****Temps d'Amour**

Année de production	1994
Durée	35'
Langue	Français
Réalisateur	Patrick Volson
Société de production	FILMEDOC
Commanditaire	Commande ministère de l'éducation nationale en collaboration avec le ministère des affaires sociales de la santé et de la ville
Couleurs ou n et b	couleur
Format	video
Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD Alsace/Toxibase 5 rue Adolphe Hirn 67000 Strasbourg
Administration de la notice	Contal Maryse

**Contenus****Sujet**

La prévention du sida par transmission sexuelle chez les jeunes en France

**Mots clés**

Prévention sida-jeunesse-adolescent-préservatif-transmission sexuelle

**Genre dominant**

Fiction

**Sujets médico-sanitaire évoqués**

Le risque de transmission par voie sexuelle

La prévention par le préservatif

La sexualité de l'adolescent

La recherche contre le sida

**Résumé**

Trois lycéens, Guillaume, Julien et Emilie, doivent réaliser un reportage sur le sida. Ils interrogent une sexologue, le médecin scolaire, un chercheur, et organise une séance de prévention dans la classe avec un membre du CRIPS.

Julien et Emilie sont attirés l'un par l'autre. Mais Julien sait qu'Emilie n'aime pas mettre de préservatif...

### **Contexte**

En 1994, nous sommes à l'apogée de la prévention. Les militants sida sont actifs et reconnus par les pouvoirs publics. Le sida est reconnu comme une pandémie. Les actions inter-associatives se multiplient, le sidaction d'avril 1994 est un succès. Les trithérapies ne sont pas encore d'actualité et la prévention est un des seuls moyens de lutter contre le sida. La fin de l'AFLS est annoncée mais les campagnes de prévention se sont succédées. Le grand public a également été sensibilisé par l'intermédiaire de l'« affaire du sang contaminé».

### **Éléments structurants du film**

- Images de reportage : non
- Images en plateau : non
- Images d'archives : non
- Séquences d'animation : non
- Cartons : non
- Animateur : non
- Voix off : non
- Interview : non
- Musique et bruitages : oui
  - Images communes avec d'autres films : non

### **Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

Le spectateur est invité à regarder un sitcom avec en toile de fond la prévention du sida par le port du préservatif. Si le spectateur adhère à la fiction, les messages passent sans effort.

### **Comment la santé et la médecine sont elles représentées ?**

Le ressenti est différent lorsque les lycéens filment le médecin scolaire et le médecin hospitalier. L'interview du médecin scolaire invite peu les lycéens à aller le contacter. Le médecin est une femme ayant la cinquantaine qui est assez austère et offre peu d'informations pratiques aux lycéens, elle ne les invite pas beaucoup à ouvrir la discussion. Le médecin hospitalier représente la science et la recherche, il explique qu'il n'y a pas de traitement curatif ni préventif à l'heure actuelle, que la recherche continue et que la prévention reste le meilleur moyen de lutte contre le sida.

### **Diffusion et réception**

*Où le film est-il projeté ?* Etablissements scolaires

*Communication et événements associés ?*

*Public*

Il est prévu que le film soit diffusé aux lycéens en France dans un but de prévention. Il est accompagné d'une brochure d'information et sa diffusion a été programmée pour les élèves de la troisième à la terminale des établissements publics et privés sous contrat.

*Audience locale, nationale, internationale ?*

Nationale

### **Descriptif libre**

Un professeur demande aux 3 lycéens personnages principaux de la fiction de réaliser un documentaire sur le sida. Cette idée ne suscite pas l'enthousiasme dans le groupe, ils en ont assez d'entendre parler du sida. « Une fois qu'on a dit qu'il fallait mettre des capotes avec les gens qu'on ne connaît pas trop, on a fait le tour. » Mais le professeur ne fléchit pas et compte sur leur imagination. Guillaume, sur une musique rock, prend les choses en main et court caméra sur l'épaule interrogé sur le vif des camarades dans le café en face du lycée.

Les 3 amis vont ensuite interroger le médecin scolaire, puis vont la Pitié Salpêtrière, interroger le Professeur David Klatzmann. Le vaccin ça n'est pas pour demain. Le préservatif reste le meilleur moyen de protection. Et non ils ne sont pas une génération maudite, des maladies sexuellement transmissibles ont déjà existées, comme la syphilis, et un traitement a été trouvé...

Pendant ce temps, les 3 amis discutent de la façon dont ils gèrent leurs relations. Emilie trouve que mettre un préservatif est inutile puisqu'elle connaît ceux avec qui elle a des relations depuis la sixième. Cela n'a pas l'air de convenir à Julien, qui est un peu tendu en ce moment. Emilie constate que Julien est attiré par elle, mais il ne semble pas prêt à faire le premier pas...

Ils poursuivent leur reportage par l'interview d'une sexologue. Elle leur parle de la difficulté de parler de sida sans parler de sexualité, des différences de la sexualité entre homme et femme. Elle conseille tout comme le médecin scolaire de parler du préservatif avant de passer à la pose proprement dite.

Julien et Emilie profitent de l'intervention de Benoit Felix du CRIPS pour poser leurs questions sur le préservatif. Le préservatif, signe de confiance ou de défiance ?

Pour finir le documentaire, leur professeur leur demande quelque chose de plus personnel.

Guillaume et Emilie se confient devant la caméra, mais Julien refuse. Emilie lui demande des explications. Julien « crache la pastille ». Il y a un mois, il a rencontré une fille dans une soirée, a couché avec elle et n'a pas mis de capote. Emilie ne va pas lui faire la morale. Julien est flippé, il faut qu'il attende encore deux mois pour faire le test.

Emilie lui fait remarquer que ça n'est pas une raison pour être désagréable. Il explique qu'elle ne veut pas mettre de capote, qu'il ne veut pas prendre de risque et que deux mois c'est long.

Emilie sourit et lui dit « t'es un sacré héros. Tu sais le test on va le faire ensemble. » Emilie l'attire vers lui et l'embrasse. Musique rock et générique.

## **Titre du film** **3000 scénarios contre un virus**

Année de production	1994
Durée	31 courts-métrages de 2 à 5'
Langue	Français
Réalisateur	une trentaine de réalisateurs
Société de production	Bernard Verlay film, Blue Film, Frouma Films International, Les productions du troisième étage
Commanditaire	CRIPS, Médecins du Monde, AESSA
Couleurs ou n et b	couleur
Format	video
Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD Alsace/Toxibase 5 rue Adolphe Hirn 67000 Strasbourg
Administration de la notice	Contal Maryse

### **Contenus**

#### **Sujet**

31 courts métrages de 2 à 5 minutes réalisés à partir d'idées de scénarios de jeunes autour du thème du sida

#### **Mots clés**

Jeunesse-prévention sida-fiction

#### **Genre dominant**

Fiction

#### **Sujets médico-sanitaire évoqués**

Le port du préservatif, l'exclusion, la solidarité envers le séropositifs, l'angoisse liée à la mort et à la maladie sont abordés

#### **Résumé**

Les 31 courts métrages sont mis en scènes par des réalisateurs expérimentés. Ces courts métrages mettent en scène majoritairement des jeunes gens, dans diverses situations. Ces fictions interpèlent par l'émotion, loin de la rigueur scientifique.

## Contexte

En 1994, nous sommes à l'apogée de la prévention. Les militants sida sont actifs et reconnus par les pouvoirs publics. Le sida est reconnu comme une pandémie. Les actions inter-associatives se multiplient, le sidaction d'avril 1994 est un succès. (les courts-métrages sont diffusés en juin 1994). Les trithérapies ne sont pas encore d'actualité et la prévention est un des seuls moyens de lutter contre le sida. La fin de l'AFLS est annoncé mais les campagnes de prévention se sont succédées. Le grand public a également été sensibilisé par l'intermédiaire de l' « affaire du sang contaminé».

### *Eléments structurants du films*

- Images de reportage : non
- Images en plateau : non
- Images d'archives : non
- Séquences d'animation : non
- Cartons : non
- Animateur : non
- Voix off : non
- Interview : non
- Musique et bruitages : oui
- Images communes avec d'autres films : non

### **Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

Ces courts métrages présentent une rupture avec la communication grand public habituelle, rupture perçue par les personnes interrogées dans les études d'évaluation ayant suivi la campagne.

Rupture sur la forme, les courts métrages ont suscités un intérêt artistique, cinématographique, différents des spots publicitaires couramment utilisés. Rupture sur le fond, pas de discours informatif pur ou injonctif, mais des mises en scènes souhaitant générer des émotions et des interrogations individuelles concernant le sida et la sexualité.

### **Comment la santé et la médecine sont elles représentées ?**

La médecine est dans l'ensemble assez peu représentée, les relations amoureuses sont au premier plan. L'hôpital qui apparaît dans quelques films à l'écran représente la maladie et la solitude.

## Diffusion et réception

*Où le film est-il projeté ?*

*Communication et évènements associés ?*

*Public*

*Audience locale, nationale, internationale ?*

A l'initiative du CRIPS, de Médecins du monde et de l'AEISSA, un concours d'idée de scénarios est ouvert à tous les jeunes jusqu'à vingt ans en vue de réaliser 30 courts métrages. Le concours est annoncé le 1<sup>er</sup> décembre 1992, à l'occasion de la journée mondiale du sida et a duré jusqu'au 30 juin 1993. Les participants sont appelés à présenter à titre individuel ou en équipe, un projet de 10 pages maximum dactylographiées, pour réaliser des films vidéos de 5 minutes maximum, destinés à être diffusés sur des chaînes de télévisions. Les idées doivent

être adressées au CRIPS. 28 situations sont proposées aux participants pour servir de support à leur création (exemple : Imaginez une situation cocasse, humoristique d'achat du préservatif. Il est séropositif et se pose la question de l'annoncer ou non à sa famille. etc.)

Pour la promotion, 300 000 dépliant et 15000 affiches sont diffusés avec l'aide des ministères : de la santé, de l'Education Nationale et de la Culture, de la Jeunesse et des Sports, de l'Agriculture, et l'administration pénitentiaire. Un partenariat s'établit avec les médias : La presse écrite (Libération, Télérama, Jeune et jolie, Impact médecin, une quarantaine de journaux en tout), la radio (Skyrock, une dizaine de radios), la télévision (canal +, France 2, France 3, M6, NHK) pour la promotion. 380 annonces par Skyrock, 400 sur les principales radios nationales, 100 articles, 20 passages sur les chaînes de télévision sont réalisées. Plus de 4000 jeunes ont participé au concours « 3000 scénarios contre un virus », 1551 projets aboutis sont parvenus aux organisateurs.(91) Plus de la moitié des jeunes ont choisi un sujet libre ou n'ont pas précisé à quelle situation proposée il faisait référence. 61,1% des scénarios ont été écrits par des jeunes de 17 ans et plus. (52)

30 comités de lecture, composés de 5 personnes en moyenne (journalistes, médecins, jeunes, professionnels de l'audiovisuel, associations) sélectionnent les 300 meilleurs scénarios récompensés par des places de cinéma. Finalement, 180 scénarios sont sélectionnés et destinés au jury final. Ce jury, composé de 22 personnes, est présidé par Jane Birkin. Il réunit représentants de chaînes de télévision, membres d'associations de lutte contre le sida, des jeunes et un réalisateur. Il sélectionne 60 scénarios.

De janvier à avril 1994, 30 réalisateurs professionnels choisissent un scénario parmi les 60 primés pour réaliser un film en 35mm, d'une durée de 5 minutes maximum en concertation avec les auteurs et les associations qui ont lancé le concours. Un film est réalisé, sans être tiré de l'idée d'un jeune, par Cédric Klapisch. Quatre maisons de production ont accepté de se partager la production des courts métrages.

Toutes les chaînes de télévisions citées ci-dessous et les structures officielles de soutien du cinéma (CNC, PROCIREP) ainsi que l'AFLS ont apporté leur contribution financière pour la réalisation des films.(91)

Les chaînes de télévision nationales (Arte, canal+, France 2, France 3, M6, TF1) ont diffusé 2 à 3 films par jour pendant 30 jours en juin 1994. L'ensemble des 30 films a été diffusé, les chaînes de télévisions ont choisi elle-même l'ordre et la fréquence de passage. Au total, 271 diffusions ont eu lieu (106 entre 6h et 18h, 79 entre 18h et 24h, 86 entre 00h et 6h). Deux films, l'un montrant une pose de préservatif sur un sexe en érection et un autre traitant indirectement de la mort, n'ont été diffusés que tard le soir et seulement sur certaines chaînes. (52) Les films sont également projetés dans plus de 1000 salles de cinéma en septembre 1994.

## **Descriptif libre**

Ces courts métrages sont très variés dans leurs contenus et leurs formes.

Ces fictions proposent des scènes plutôt réalistes, des films plus oniriques, d'autres basés sur la musique... Certains films utilisent l'humour voire le burlesque, d'autres moins nombreux ont une tonalité plus dramatique, certains films sont sensuels. Ils mettent en scène une diversité de situations : pause dans un café, fête d'anniversaire, visite au musée, enfants dans la cour d'une école... Les films présentent plus particulièrement la vie citadine, mais celle-ci apparaît sous diverses formes : la banlieue, la rue, des appartements...

La plupart met en scène des jeunes.

Environ la moitié des films évoque une relation amoureuse ou sexuelle. Les 2/3 des films parlent de l'utilisation du préservatif. Environ 1/3 des films traitent des problèmes affectifs et sociaux rencontrés par les personnes séropositives.

7 films évoquent la mort ou l'angoisse liée à la maladie ou à la solitude.

La transmission par relation homosexuelle est évoquée dans 4 films, la bisexualité est évoquée dans un film.

1 film traite du dépistage, 1 film de la toxicomanie intraveineuse, 1 film évoque grossesse et séropositivité, 1 film évoque l'exclusion d'un enfant séropositif.

**Titre du film****Le SIDA c'est quoi ?**

Année de production	1994
Durée	8'
Langue	Français
Réalisateur	Jacki Herbet
Société de production	Co-production boutique Multimédia Direction de la Protection de l'environnement et de la santé publique de la ville de Nantes
Couleurs ou n et b	couleur
Format	video
Copie	oui
Archives (détentric du film)	CIRDD Alsace/Toxibase 5 rue Adolphe Hirn 67000 Strasbourg
Administration de la notice	Contal Maryse

**Contenus****Sujet**

Sensibilisation et prévention du VIH auprès d'un public pré\_adolescent

**Mots clés**

Modes de transmission - enfants - sida

**Genre dominant**

Documentaire et fiction

**Sujets médico-sanitaire évoqués**

Les modes de transmission du sida

Le sida en tant que virus et maladie

**Résumé**

Des enfants sont interrogés et s'interrogent sur le sida. Un sketch entre une infirmière et une enfant rappelle les risques de transmissions liées aux aiguilles souillées. Un sketch rappelle le faible risque de transmission lors des contacts quotidiens intra-familiaux.

**Contexte**

En 1994, nous sommes à l'apogée de la prévention. Les militants sida sont actifs et reconnus par les pouvoirs publics. Le sida est reconnu comme une pandémie. Les

actions inter-associatives se multiplient, le sidaction d'avril 1994 est un succès. Les trithérapies ne sont pas encore d'actualité et la prévention est un des seuls moyens de lutter contre le sida. La fin de l'AFLS est annoncé mais les campagnes de prévention se sont succédées. Le grand public a également été sensibilisé par l'intermédiaire de l' « affaire du sang contaminé ».

### ***Eléments structurants du film***

- Images de reportage : oui
- Images en plateau : non
- Images d'archives : non
- Séquences d'animation : non
- Cartons : non
- Animateur : non
- Voix off : non
- Interview : oui
- Musique et bruitages : oui
  - Images communes avec d'autres films : non

### **Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

Le film s'adresse à des jeunes de moins de 12 ans. La cassette était accompagnée d'un guide pédagogique. La durée courte doit permettre de capter l'attention des enfants, les questions des enfants interviewés et l'invitation de la fin du film, « Viens, on va en parler », ouvre à une discussion après le film.

### **Comment la santé et la médecine sont elles représentées ?**

Elles sont peu représentées, sauf par l'infirmière qui donne quelques informations sur le risque de transmission par les seringues. Des explications sont nécessaires après le film pour que les enfants aient les clefs de la prévention et un minimum de connaissance sur le sida.

### **Diffusion et réception**

*Où le film est-il projeté ?*

*Communication et événements associés ?*

*Public*

*Audience locale, nationale, internationale ?*

Ce document a été présenté en classe de CM2 (enfant 9 à 11 ans) dans des écoles primaires à Nantes, à environ 5000 enfants.

### **Descriptif libre**

Le film débute avec des « interviews » d'enfants, ce qu'ils savent du sida. Un sketch entre une infirmière et un enfant rappelle les risques de transmissions liées aux aiguilles souillées. Un sketch met en scène des enfants désireux d'information. Un sketch rappelle le faible risque de transmission lors des contacts quotidiens intra-familiaux. Ces sketches sont coupés par des « interviews » d'enfants. Le film est peu informatif et invite à un débat.

Le film débute avec des remarques d'enfants sur les moyens de transmission du sida.

**changement de décors :**

Une infirmière se trouve dans une salle de prélèvement. Elle essaie de rassurer une adolescente, lui explique qu'on va juste prélever pour regarder son groupe sanguin. Une fois le prélèvement effectué, l'infirmière désadapte l'aiguille et la met dans un conteneur, elle met un pansement à la jeune fille toujours assise.

La jeune fille : -Vous jetez l'aiguille ?

L'infirmière :-oui, je ne comprends pas pourquoi tu me poses cette question.

-Il y a des copains qui disent qu'on peut attraper le sida avec une aiguille.

- C'est vrai, c'est pour cela qu'on jette toujours l'aiguille après chaque utilisation.

-Alors il n'y a pas de risques ?

- Pour ta prise de sang, tu peux dormir tranquille, mais ne touche pas aux aiguilles dans la rue, c'est hyperdangereux.

L'infirmière explique pourquoi s'est dangereux, la jeune fille va le dire à ses copains.

**autre décors.**

Des enfants dans une école dans la cour de récréation échangent sur le sida.

**Dans une maison.**

Le père et un fils d'une vingtaine d'année sont au salon, la mère et un fils plus jeune d'une dizaine d'année sont dans la cuisine. Les personnages sont blancs, la maison ne semble ni pauvre ni luxueuse.

Dans la cuisine, le plus jeune fils demande à sa mère : si papa et pierre se trompait de verre, est ce que papa pourrait attraper le sida ?

La mère se met à genoux, et prend les mains de son fils dans les siennes :

- Ecoute, d'abord ton frère n'est pas malade. Il est séropositif, d'accord ? il n'est pas malade. Le sida, ça ne s'attrape pas comme ça. Regarde ce que je vais faire.

La mère se lève et va boire dans le verre de Pierre le grand frère.

Elle revient vers son plus jeune fils, qui a un mouvement de recule. La mère : Ne t'inquiètes pas je t'en prie, ça ne s'attrape pas comme ça.

Le plus jeune est à la cuisine, il remue une préparation à base de chocolat. Pierre trempe une cuillère dans la préparation, goutte, et passe la cuillère à son frère en lui demandant de goûter, car il a oublié les écorces d'orange. Le petit frère laisse tomber la cuillère par terre.

Le grand frère lui tend une cuillère propre. L'enfant goûte alors. La mère vient d'arriver.

La petite sœur arrive et goûte avec la cuillère de Pierre.

Le père appelle Benjamin (le petit frère) : je vois que tu as toujours peur, c'est parce que tu manques d'explication. Viens là, on va en parler... musique et générique de fin.

<b>Titre</b>	<b>Sois Intelligent, Dis le aux Autres</b>
Année de production	1994
Pays de production	France
Durée	23'
Langue	française
Réalisateur	Jean Charles Bigay
Société de production	Atalante production
Commanditaire	l'association « jeunes en mouvement » quartier de Champratel Clermont-Ferrand - CAF Puy de Dôme - Centre d'accueil de documentation et d'information sur le SIDA - DDASS - DDPJJ
Couleur ou noir et blanc	couleurs
Muet ou parlant	parlant
Format	vidéo
Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD Alsace
Référent archive	

Administration de la notice Maryse Contal

Documents attachés à la fiche

**Générique principal****Contenus****Sujet**

Un jeune homme hétérosexuel vivant dans une banlieue découvre sa séropositivité

**Mots clés**

Annonce - séropositivité-sida - jeunesse - exclusion

**Genre dominant**

fiction

**Sujets médico-sanitaires évoqués**

La gestion de la séropositivité et ses conséquences sociales Les modes de transmissions et les peurs irrationnelles de transmissions sont rappelées

**Résumé**

Un jeune homme révèle sa séropositivité à sa famille. Il est rejeté. Il trouve refuge chez un ami. Il avoue également sa séropositivité à sa petite amie et à son groupe d'amis.

**Contexte**

En 1994, nous sommes à l'apogée de la prévention. Les militants sida sont actifs et reconnus par les pouvoirs publics. Le sida est reconnu comme une pandémie. Les actions inter-associatives se multiplient, le sidaction d'avril 1994 est un succès. Le film débute d'ailleurs avec l'évocation du baiser de Clémentine Célarié, actrice, présente sur le plateau du sidaction ; sidaction que 33 millions de téléspectateurs ont vus. Les trithérapies ne sont pas encore d'actualité et la prévention est un des seuls moyens de lutter contre le sida. La fin de l'AFLS est annoncée mais les campagnes de prévention se sont succédées. Le grand public a également été sensibilisé par l'intermédiaire de l' « affaire du sang contaminé ».

**Éléments structurants du film**

Images de reportage : non

Images en plateau : non

Images d'archives : non

Séquences d'animation : non

Cartons : non

Animateur : non

Voix off : non

Interview : non

Musique et bruitages : oui

Images communes avec d'autres films : non

**Comment le film dirige-t-il le regard du spectateur ?**

Le spectateur est invité à se mettre à la place du personnage principal, Jérôme. Il est jeune, a commis un écart, et en plus de la difficulté liée à la maladie et à l'angoisse que le sida génère, il voit s'effondrer son réseau social, familial et amoureux. Ce film appelle à la solidarité, à la non discrimination et rappelle que les peurs liées à une transmission du sida par contact sont infondées. Il a également pour but de créer une proximité à la maladie même chez les gens ne se sentant pas concernés

### **Comment la santé et la médecine sont-elles présentées ?**

Le film évoque le problème de l'accès aux soins notamment chez les jeunes. Jérôme, sur la sécurité sociale de ses parents, n'a pas consulté à nouveau de médecin après l'annonce car il a peur de payer les soins. Il lui est difficile d'aller chez le médecin de famille du fait même qu'il s'occupe de la famille. Le problème de la sidération lors de l'annonce, qui empêche de retenir les conseils médicaux, est évoqué. Les médecins apparaissent comme un recours possible pour la prise en charge de la maladie, les centres de dépistages anonymes et gratuits où Jérôme a fait son test sont cités.

L'infirmière du film donne des informations exactes sur le sida, ce qui sous entend que le recours a des paramédicaux est également possible.

### **Diffusion et réception**

#### **Où le film est-il projeté ?**

établissements scolaires, entreprises, télévision

#### **Communications et événements associés au film**

plaquette de présentation

#### **Public**

tout public

#### **Audience locale, nationale, internationale ?**

nationale

### **Descriptif libre**

#### **Exposition : Jérôme découvre sa contamination**

Jérôme, vingt ans, habite dans une banlieue à Clermont-Ferrand. Le film s'ouvre en filmant les immeubles gris et massifs, avec en fond sonore la querelle entre Jérôme et son père qui le rejette. Jérôme vient d'annoncer sa séropositivité à ses parents. Il sort dans la rue, sans possibilité manifeste de regagner le domicile de ses parents. Son groupe d'ami habituel traîne devant les immeubles. Ils parlent justement du sida. Ils ne se sentent pas concernés, ne sont pas homosexuels, "et la capote ça craint". Jérôme s'éloigne du groupe en maugréant. Un ami le rattrape, et l'invite à rester chez lui. Jérôme lui raconte qu'il a eu une aventure d'un soir avec une fille qu'il connaissait de l'école, quelques semaines auparavant. Il aime sa petite amie Fatia, mais l'occasion était belle... Il n'a pas mis de préservatif. La fille était séropositive et s'est suicidée depuis. Il a été faire un test, il est séropositif, preuve sur papier. Il est perdu et désespéré. La mère de son ami, qui se trouvait devant la porte, a tout entendu. Elle est infirmière, elle répond aux questions que se posent Jérôme.

#### **l'isolement : rupture avec sa compagne et ses amis**

Les deux amis sont en boîte de nuit. Ils croisent Fatia. Elle est remontée contre Jérôme, qui ne donne pas de nouvelles depuis plusieurs semaines. Jérôme et Fatia sortent tous les deux dans la nuit. Jérôme avoue sa séropositivité à Fatia. Elle a peine à y croire. Heureusement, ils mettaient tous les deux des préservatifs. C'est au tour de Fatia d'avoir besoin d'un peu de temps... On la retrouve au lycée en compagnie de l'amie avec qui elle a fait son premier test de dépistage. Son amie est vindicative vis-à-vis de Jérôme. Fatia prend sa défense : « Personne ne mérite ça, c'est affreux comme punition. » En bas des immeubles, Jérôme retrouve son groupe d'amis. L'ami qui l'héberge les interroge sur le sida. Une chose est évidente, ils ne traîneraient pas avec un séropo. Jérôme se lève, « je suis séro, je suis séro, vous avez entendus ? » Apparaît l'écran noir, on entend la voie de Jérôme : « alors quoi, merde. Vous vous cachez les yeux, vous ne respirez plus ? » Générique, des morceaux du tournage sont montrés à l'écran.

<b>Titre</b>	<b>SID'aventure</b>
Année de production	1994
Pays de production	France
Durée	70'
Langue	française
Réalisateur	Cyrille Joubert et Frédéric Lerner
Société de production	association trois couleurs avec la collaboration de l'AFLS
Commanditaire	Act Up Paris - AIDES - APARTS - Association Demonchy - Association Gérard / Présence à domicile - ASUD - Bénévole Sida 77 - CRAMIF - CRIPS - Institut Pasteur - La plage / Hôpital Bichat Claude Bernard - Le bus des femmes - Le patchwork des noms - Sol en Si
Couleur ou noir et blanc	couleur
Muet ou parlant	parlant
Format	vidéo

Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD Alsace
Référent archive	
Administration de la notice	Maryse Contal
Documents attachés à la fiche	

## **Générique principal**

### **Contenus**

#### **Sujet**

A l'initiative de lycéens de Brie-Comte-Robert, réalisation d'une émission sur le sida, avec pour objectif principal la prévention

#### **Mots clés**

SIDA - prévention - jeunesse

#### **Genre dominant**

reportage

#### **Sujets médico-sanitaires évoqués**

SISA - prévention - préservatif

#### **Résumé**

Un reportage est réalisé par des lycéens. Il comprend interview de célébrités, de membres d'associations de lutte contre le sida, des reportages sur des actions de prévention.

#### **Contexte**

En 1994, nous sommes à l'apogée de la prévention. Les militants sida sont actifs et reconnus par les pouvoirs publics. Le sida est reconnu comme une pandémie. Les actions inter-associatives se multiplient, le sidaction d'avril 1994 est un succès. Les trithérapies ne sont pas encore d'actualité et la prévention est un des seuls moyens de lutter contre le sida. La fin de l'AFLS est annoncé mais les campagnes de prévention se sont succédées. Le grand public a également été sensibilisé par l'intermédiaire de l'« affaire du sang contaminé ».

## **Éléments structurants du film**

Images de reportage : oui

Images en plateau : non

Images d'archives : non

Séquences d'animation : non

Cartons : oui

Animateur : oui

Voix off : non

Interview : oui

Musique et bruitages : oui

Images communes avec d'autres films : non

### **Comment le film dirige-t-il le regard du spectateur ?**

Le ton est combattif, le film propose aux jeunes de ne pas se laisser imposer des normes, notamment concernant leurs pratiques sexuelles par des adultes, et de prendre en main leur vie, y compris dans la prévention contre le sida. Les jeunes sont également souvent vindicatifs envers toutes formes d'autorités devant l'urgence à agir contre le sida. Line Renaud, actrice reconnue s'étant engagée aux premières heures dans la lutte contre le sida en France en fondant l'association les artistes contre le sida donne en début d'émission « sa bénédiction » aux lycéens. Par sa position, son âge, sa renommée dans le monde du cinéma et de la prévention sida, elle donne un gage de sérieux à cette émission proposée par des adolescents. De nombreux comédiens, comiques, chanteurs français en vogue font leur apparition dans l'émission. Ils répètent tous en cœur un message de prévention : « Mettez un préservatif. ». Les conférences donnent la parole aux incontournables acteurs de prévention du moment, représentant d'ASUD, d'ACT-Up, du CRIPS... Francis Lalanne, « star » de l'émission, interviewé par les jeunes, choque par certaines affirmations comme « La majorité des cas de sida sont d'origine transfusionnelle ».

### **Comment la santé et la médecine sont-elles présentées ?**

par la présence du médecin du lycée où les jeunes sont scolarisés

### **Diffusion et réception**

#### **Où le film est-il projeté ?**

établissements scolaires

#### **Communications et événements associés au film**

plaquette de présentation

#### **Public**

lycéen

#### **Audience locale, nationale, internationale ?**

locale, nationale

### **Descriptif libre**

#### **Un reportage dans une boîte de nuit**

Cette émission est présentée par deux lycéens, Cyrille et Frédéric. Elle est annoncée comme un journal lycéen de prévention contre le sida. Une boîte de nuit à Melun est le lieu central de l'émission. Des petits reportages sur des actions de lutte contre le sida sont intégrés. Des conférences ayant lieu dans la même salle avec un public de lycéens sont filmées. Des artistes sont interviewés sur le thème du sida. Le film débute avec ses paroles et ses mots qui s'affichent en blanc sur un fond noir à l'écran et sont signés par les deux présentateurs : « C'est parce que l'homme doit donner la vie et non la mort que nous jeunes, responsables de l'avenir, avons fait cette émission ». Les différentes parties de l'émission sont annoncées par un triangle fond bleu clair sur lequel est inscrit SID'Aventure, avec les lettres sida en rouge et les autres caractères en blanc. La musique du générique est entraînante. Dans la boîte de nuit, les présentateurs rappellent l'actualité sida, annoncent conférences et reportages, et interview Francis Lalanne.

### **Interventions : des médecins, des militants et des stars**

Dans une salle de conférences, des médecins énoncent les connaissances actuelles sur le sida. D'autres thèmes de débats sont lancés par Cyrille : Comment peut on vivre son sida

aujourd'hui ? Quels sont les objectifs ? Est ce qu'il faut tirer la sonnette d'alarme, est ce qu'il y a urgence ? Comment vivre l'amour ? Les représentants d'associations, Act-Up, le CRIPS, ASUD, exposent un état d'urgence et un manque d'action des pouvoirs publics : « On est en retard, il faut parler simplement du sexe sinon les gens vont crever. » Le deuxième président d'Act Up, séropositif, justifie l'urgence de l'action des pouvoirs publics par sa condition de condamné à mort par le sida. Il fait référence à l'holocauste. Le dernier intervenant, membre d'une petite association sida, évoque la gestion par les proches de l'accompagnement de la fin de vie du sidéen, il frôle la question de l'euthanasie. Des célébrités (Michel Drucker, Vanessa Demouy, Patrick Dupont, Smäin, Lagaf, Voulzy, Bruel....), seules face à la caméra, filmées en gros plan, parlent du sida, soit en réponse à une question (peut-on rire de tout ?) soit plus librement. Elles appellent à une action des pouvoirs publics, à la solidarité face aux séropositifs, à la prévention notamment par le préservatif (« Aimez vos préservatif »)

### **Reportages sur des actions mises en place**

Des petits reportages sont effectués sur des initiatives en faveur de la lutte contre le sida. Au lycée de Brie-Comte-Robert, une action de 4 jours de prévention sida a été effectuée, avec conférences, concert, course de garçon de café... Une association, "le bus des femmes", organisée par et pour des prostituées, va à la rencontre des travailleuses de la nuit pour leur apporter aide et information sur le sida, sur leurs droits, les lieux où elles peuvent être soignées... Un reportage a également lieu auprès de chercheurs, qui réaffirme que pour le moment le seul vaccin c'est le préservatif.

L'émission se termine dans la boîte de nuit autour de Francis Lalanne qui joue la bamba à la guitare. Le générique rappelle le numéro de Sida Info Service et de nombreuses autres associations sida

**Titre** **SIDA, sauf  
votre respect**

Année de production	1995
Pays de production	France
Durée	25'
Langue	française et arabe
Traduction	Alain Moreau
Réalisateur	
Société de production	C.C.M.A.S.- Moreau cercle culturel de la santé
Commanditaire	AFLS, Ministère de la santé publique, DGS - Division Sida - Agence française de lutte contre le SIDA
Couleur ou noir et blanc	couleur
Muet ou parlant	parlant
Format	vidéo
Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD

Référent archive

Administration de la notice      Maryse Contal

Documents attachés à la fiche

Générique principal

### **Contenus**

#### **Sujet**

Le sida dans la communauté maghrébine en France

#### **Mots clés**

SIDA - immigration - Islam

#### **Genre dominant**

documentaire

#### **Sujets médico-sanitaires évoqués**

SIDA - prévention

#### **Résumé**

Des hommes et femmes musulmans témoignent des comportements et croyances face au sida dans leur communauté

#### **Contexte**

Le Ministère de la santé, par l'intermédiaire d'Anne Chardin, a fait appel à Alain Moreau pour réaliser une cassette à utiliser lors de réunion associatives, touchant les communautés étrangères vivant en France. C'était au moment de la fin de l'AFLS et de la réintégration de ces prérogatives à la DGS.

#### **Éléments structurants du film**

Images de reportage :

Images en plateau :

Images d'archives :

Séquences d'animation :

Cartons :

Animateur :

Voix off :

Interview :

Musique et bruitages :

Images communes avec d'autres films :

#### **Comment le film dirige-t-il le regard du spectateur ?**

Le spectateur est amené à connaître une vision différente du sida par la communauté d'immigrés maghrébins musulmans. Un conflit se manifeste entre les jeunes générations éduquées en France, plutôt progressistes (et davantage exposées) et leurs parents. On observe une « loi du silence » autour du SIDA. Les témoignages de rejet de personnes séropositives peuvent difficilement laisser indifférents. La volonté de changer les choses est affichée, mais aussi le respect des prescriptions de la religion et les aînés. Alain Moreau a fait le choix de ne pas révéler dans le film qu'une partie des intervenants sont des détenus. Ce choix lui a été reproché, le spectateur peut se sentir

trompé. Alain Moreau a décidé que les prisonniers seraient là en tant qu'homme maghrébins souhaitant s'exprimer sur le sida et non en tant que détenus.

## **Comment la santé et la médecine sont-elles présentées ?**

### **Diffusion et réception**

#### **Où le film est-il projeté ?**

Le film s'adresse aux immigrés, il a été utilisé par des associations ou diffusés lors d'animations autour du sida comme lors de la journée mondiale contre le sida, il a été utilisé par exemple par Migration Santé lors d'une animation sur le thème du sida auprès de femmes maghrébines.

#### **Communications et événements associés au film**

plaquette de communication

#### **Public**

adulte

#### **Audience locale, nationale, internationale ?**

nationale

### **Descriptif libre**

#### **Introduction : scène de prévention ambulante à Barbès**

Sur une table dans la rue, des brochures de différentes couleurs, écrites en arabe. On entend parler arabe autour de la table. L'homme, manifestement responsable d'une association de prévention : « C'est le préservatif Monsieur. Prends ça tu n'auras pas la maladie. Prends. Prends pour les copains. Il tend une petite brochure verte à l'autre homme. Tiens, Tiens, ça c'est comment on l'utilise. » Autour ce trouve un marché ; sur un mur est écrit : "Barbès". Les hommes discutent en arabe. Ecran noir, il apparaît une inscription en arabe : SIDA... hacha kadrek, puis la traduction : le SIDA... sauf votre respect

#### **Les réactions d'anonymes**

Les différents intervenants, une dizaine, sont filmés en gros plan, avec en fond un tableau sur lequel on écrit à la craie. Leur visage n'est pas masqué mais leur nom n'apparaît pas à l'écran. Des hommes et des femmes de différents âges témoignent, trois d'entre eux parlent en arabe sous titré. Gros plan sur homme d'une trentaine d'année avec un fond gris, comme un tableau d'école. Il parle. Il dit qu'il n'a pas été choqué par la façon dont le préservatif a été proposé. Il n'y a pas eu d'incitation à la débauche, pour lui cela n'a pas été dit d'une manière qui heurte la religion musulmane. Un autre homme jeune est filmé. Le premier poursuit, dit que le préservatif existe et que c'est un moyen de se protéger. Cela revient à ce verset du coran (il le cite également en arabe) : « n'allez pas vous-même faire votre malheur. » Cet autre homme jeune prend la parole. « la plupart, nous les arabes, les immigrés des banlieues, ils sont paumés, ils n'ont pas d'avenir. Ils se jettent dans la drogue et perdent la raison. » Un homme la quarantaine parle à son tour. Il pense qu'il faut prendre les choses de façon globale. Quand on dit sida, ça incluse délinquance, drogue, prison. On ne peut pas dissocier le sida de tous les autres problèmes. Il faudrait que l'information soit plus diffusées, mais dans le respect des traditions et de leur culture.

### **Commentaires sur la réception culturelle du message préventif**

Le premier homme reprend la parole. Il est depuis 10 ans en France. Il a vu des spots télé et des affiches contre le sida. Des hommes ou des femmes nues, des relations libres : cela est choquant et peut passer pour une incitation à la débauche. Il y a un respect des parents et de la pudeur. Un autre homme jeune prend la parole. Il dit qu'elles (sous entendues les campagnes de prévention) sont inefficaces car il ne se sent pas concerné. Quand il voit les campagnes de prévention, « c'est pour les mecs du 16ème, les bourgeois de Neuilly sur Seine. » On sait qu'il faut mettre la capote, mais le reste on ne sait pas. Et on a toujours honte d'en parler avec les parents. La communication est difficile avec les parents. Peut-être est ce à cause de ce qu'ils ont vécu en Algérie. Une jeune femme maquillée, avec des bijoux, ne portant pas le voile, prend la parole. Elle raconte qu'elle était dehors avec les vieilles, elles parlaient d'une émission sur le sida. Les vieilles femmes pensaient que le préservatif était le médicament sur le sida. Elle a ri et leur a expliqué ce dont il s'agit : "ça c'est pour mettre sur le sexe de ton mari". Elle ajoute : "Je leur ai fait un cours avec une branche et un sac poubelle". Elle rit. Une dame lui a dit que "les jeunes de maintenant avaient cette maladie car ils se conduisaient mal". Les aînés, eux, n'ont pas eu cette maladie. C'est une punition divine, c'était écrit dans le coran. Un autre homme prend la parole : Une fille qui est toxicomane séropositive est doublement condamnée. Par la maladie et par sa famille. Après elle se laisse mourir et puis voilà. Si on parlait un peu avec nos sœurs, si on avait plus confiance... Il y aurait moins de rejet. Le sida, pour la banlieue, il faut parler de communication, de dialogue. Il faut dire ton enfant certes il a fait des conneries, mais il ne va pas te refiler la maladie, il a besoin de toi. On tolère plus un délinquant qu'un séropositif chez nous. On va dire il a volé, il a ramené de l'argent à la maison. Un séropositif c'est un clochard, un drogué.

Les intervenants, hommes ou femmes, témoignent du rejet, de la honte, de la méfiance et de la peur qui entourent les séropositifs. Ils constatent que c'est encore plus difficile pour les femmes. La religion musulmane, selon l'interprétation des Hommes, peut juger différemment les séropositifs : personnes punies par Dieu ou malades nécessitant l'aide de ses frères croyants...

### **Le parcours et la démarche d'Alain Moreau**

Alain Moreau a décidé de faire un plan unique cadré. Alain Moreau a travaillé plus de dix ans à la prison de la Santé, en tant que réalisateur, pour animer un atelier de vidéo en milieu carcéral, avant de réaliser « Sida sauf votre respect. » Il avait réalisé peu avant "La lettre de Pascal Crantelle et la réponse de Quentin" consistant en des témoignages d'un détenu séropositif. Il avait sollicité des réalisateurs extérieurs - par un article, une annonce passée dans Libération - à envoyer une vidéocassette de 7-8 minutes, sous le thème : "S'adresser aux détenus". Il avait animé un groupe de détenus qui répondraient à ces différentes lettres. C'est comme ça que c'est parti, d'un programme qui fait une heure, où il y a 4 binômes, envoi réponse. Il s'est trouvé que parmi les quatre réalisateurs qui en avaient envoyé une, il y avait un malade du vidéo sida, et parmi les détenus, un séropositif. Il a utilisé de plan pour « sida sauf votre respect. » Avec ce dernier film, Alain Moreau a décidé de réaliser un sujet sur la perception du sida en milieu maghrébin. Il a fait appel à des détenus de la prison de la santé, la majorité des détenus étant des immigrés, une grande part d'entre ayant envie « de faire quelque chose ». Il a passé une annonce pour ce film par affichage et choisi des immigrés de différents pays du Maghreb, pensant que leurs visions seraient différentes, ce qui s'est révélé faux. Ils ont lu de la littérature sur le sida et l'immigration, visionnés des filmographies d'AIDES. Pour sa part, Alain Moreau a accompagné ce groupe par un travail d'écoute.

**Titre du film****L'amitié**

Année de production	1995
Durée	20'
Langue	Français
Réalisateur	Dominique Werbrouck
Société de production	L'Agence de Prévention du Sida de la communauté française de Belgique
Couleurs ou n et b	couleur
Format	video
Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD Alsace/Toxibase 5 rue Adolphe Hirn 67000 Strasbourg
Administration de la notice	Contal Maryse

**Contenus****Sujet**

Eviter l'exclusion d'un enfant séropositif à l'école

**Mots clés**

Sida-enfant-école-exclusion

**Genre dominant**

Animation et documentaire

**Sujets médico-sanitaire évoqués**

La transmission du sida lors du contact quotidien entre enfants

Le risque d'exclusion d'un enfant séropositif

**Résumé**

Le documentaire débute avec un film d'animation réalisé par des enfants, les coulisses du tournage sont ensuite révélées.

**Contexte**

Le film appuie la confidentialité et la non discrimination souhaitée par le gouvernement belge chez les enfants en collectivité

### **Éléments structurants du films**

- Images de reportage : oui
- Images en plateau : non
- Images d'archives : non
- Séquences d'animation : non
- Cartons : non
- Animateur : non
- Voix off : oui
- Interview : non
- Musique et bruitages : oui
  - Images communes avec d'autres films : non

### **Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

Le film offre un court film d'animation réalisé par et pour des enfants. Il peut convaincre qu'il est possible et même souhaitable de parler du sida avec des enfants, même s'ils sont jeunes (moins de 12 ans ici.) L'initiative est présentée comme très positive notamment par l'instituteur. La peur des enfants face à la séropositivité et au risque de contagion doit céder grâce aux explications.

### **Comment la santé et la médecine sont elles représentées ?**

Le médecin apparaît dans le film d'animation comme une ressource nécessaire pour comprendre le sida.

### **Diffusion et réception**

*Où le film est-il projeté ?* Etablissements scolaires

*Communication et évènements associés ?*

*Public* Jeune public

*Audience locale, nationale, internationale ?* Nationale

### **Descriptif libre**

Le film s'ouvre sur un film d'animation réalisé à l'initiative d'une classe d'une école primaire, suivi d'un reportage sur la préparation de l'animation au sein de l'école

Musique, générique sur une présentation animée.

Deux enfants tiennent une banderole sur laquelle est écrit le titre du film d'animation :

*L'amitié.*

Dans une classe, Jérémy est souvent absent. Il révèle durant une récréation à l'un de ses camarades qu'il a le sida. Un autre enfant les entend et révèle la séropositivité de Jérémy à toute la classe. Celui-ci est immédiatement exclu des jeux dans la cour, du partage de goûter... 3 camarades vont se renseigner sur le sida auprès d'un médecin, et exposent ensuite à toute la classe qu'il n'y a pas de risques à vivre avec Jérémy.

S'ouvre une autre séquence dont le titre est affiché en bas de l'écran, sur une photo devant l'école : *L'Amitié*. Déroulement du projet.

L'enseignant, assis à son bureau, raconte l'histoire de ce projet.

Un scénario a été choisi.

Les enfants ont d'abord joués des petits scènes, un des enfants dans la scène était séropositif ou supposé séropositif. Le débat s'est poursuivi après les saynètes. Les enfants ont insisté sur la solidarité envers l'enfant séropositif, sur la nécessité de se renseigner sur la maladie avant de le rejeter. De là est parti l'idée du scénario.

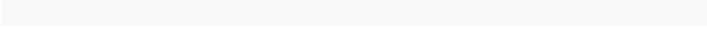
Les enfants souhaitaient un film d'animation pour mettre en œuvre le scénario. En groupe, les enfants ont réalisés les marionnettes et les décors. Les enfants ont filmés l'animation pendant 4 jours, puis ont réalisés le son et les dialogues. Les enfants ont été aidés par Caméra Admis, l'Agence, et l'aide de l'enseignant.

Certaines saynètes jouées par les enfants ont été filmées. Les enfants jouent à tour de rôle devant les autres enfants assis, dans une salle.

Les enfants sont assis à leurs bureaux. Ils choisissent la façon les images vont se dérouler. Les enfants proposent de chercher des informations à la bibliothèque. Le maître émet un doute sur la facilité de trouver des informations à la bibliothèque. Il fait lire le dictionnaire aux enfants, qui constatent par eux même que les explications ne sont pas claires. Les enfants décident alors de faire appel à un médecin dans leur histoire. Les enfants fabriquent les dessins et les marionnettes. Ils tapent du pied par terre, les sons sont enregistrés.

Pendant que les images défilent, les enfants parlent dans un micro et sont enregistrés afin de faire les voix des personnages animés.

Générique de fin de l'animation



**Titre** **Les enfants et le sida**

Année de production	1996
Pays de production	Belgique
Durée	25'
Langue	française
Traduction	Alain Bonnet
Réalisateur	
Société de production	Rosanne Van Haesebrouck Today Productions
Commanditaire	L'Agence de Prévention sida Belgique
Couleur ou noir et blanc	couleur
Muet ou parlant	parlant
Format	vidéo
Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD Alsace 03 88 76 64 33
Référent archive	
Administration de la notice	Maryse Contal
Documents attachés à la fiche	

**Générique principal****Contenus****Sujet**

Information sur les risques de transmission lors des contacts quotidiens avec des enfants séropositifs, réflexions sur la confidentialité de la séropositivité des enfants et le risque d'exclusion, réflexions sur l'accompagnement des ses enfants en collectivité.

**Mots clés**

Sida - enfance - contamination - confidentialité

**Genre dominant**

documentaire

**Sujets médico-sanitaires évoqués**

confidentialité de la séropositivité des enfants - La transmission mère enfant - L'enfant et sa séropositivité au quotidien

**Résumé**

Des professionnels au contact d'enfants sont interviewés. Les premiers, éducateurs, puéricultrices en crèche, font part de leur désarroi face à la prise en charge d'enfant séropositifs. Les seconds, médecins, psychologues, répondent à leurs interrogations. Des parents font également part de leur ressenti.

**Contexte**

Le gouvernement belge souhaite la confidentialité et la non discrimination des enfants séropositifs dans les collectivités qu'ils ont intégrées

**Éléments structurants du film**

Images de reportage : oui

Images en plateau : non

Images d'archives : non

Séquences d'animation : non

Cartons : non

Animateur : non

Voix off : non

Interview : oui

Musique et bruitages : oui

Images communes avec d'autres films : non

**Comment le film dirige-t-il le regard du spectateur ?**

Le reportage débute avec le témoignage d'une enseignante qui a changé de regard sur les enfants séropositifs car elle a été informée des modes de transmission du SIDA. Le public est invité avec ce reportage à faire de même. Le reportage légitime la position prise par le Ministère de la Santé en Belgique, à savoir l'intégration des enfants séropositifs en collectivité dans le respect de la confidentialité.

### **Comment la santé et la médecine sont-elles présentées ?**

Des médecins, infirmières, psychologues témoignent. Ils travaillent dans un centre qui est une référence pour le traitement du sida en Belgique. Leurs fonctions leur confèrent une autorité scientifique qui peut difficilement être remise en question par le spectateur.

### **Diffusion et réception**

#### **Où le film est-il projeté ?**

télévision, centres sociaux destinés à l'enfance

#### **Communications et événements associés au film**

plaquette de communication

#### **Public**

professions liées à l'enfance

### **Audience locale, nationale, internationale ?**

Nationale

### **Descriptif libre**

#### **L'expérience de puéricultrices et institutrices : doutes, inquiétudes, travail sur soi**

Face à la caméra, l'une après l'autre, Nicole et Marie-Thérèse, puéricultrices, expriment leurs interrogations quant à une contamination possible entre enfants dans une crèche. Puis témoignage de Christine Guyaux enseignante à l'école Escale (les noms et titre des intervenants apparaissent en blanc en bas de l'écran) Elle est filmée en gros plan dans un bureau pleins de dessins d'enfant. Elle explique qu'elle ne s'est initialement pas posé beaucoup de questions sur le sida, car elle ignorait qu'elle travaillait avec des enfants séropositifs. « Je ne savais grand-chose, pas plus que tout le monde, pas grand-chose de vrai... ». Puis elle a appris la présence d'enfants séropositifs ; « Ils s'est passé des choses en moi. » Elle déclare avoir eu une réaction de mise à distance. « Je n'ai pas aimé découvrir ça chez moi. » Elle rencontrait une maladie et la peur de cette maladie. Elle explique qu'on arrive à mettre des mots sur sa peur. « Est-ce que en partageant un moment avec un enfant contaminé, est ce que je le prends dans les bras quand il pleure, est-ce que les larmes sont contagieuses ? Est-ce que les postillons sont contagieux ? Si les enfants se blessent, est ce que leur sang est contagieux ? » « C'étaient des peurs égoïstes, et légitimes je crois aussi. » Des enfants sont filmés entrain de faire des découpages et des collages. Christine explique qu'elle a eu de la chance de ne pas rester longtemps avec ses inquiétudes et ses questions. Elle a participé à des séances d'informations qui ont été proposées au personnel et a eu des réponses à ses questions. Elle a été sécurisée et a pu retrouver les enfants en toute sérénité. Elle a vu le chemin qu'elle a parcouru.

#### **Interview du Dr Jack Levy Service de pédiatrie hôpital Saint-Pierre**

Assis dans son bureau, il parle des contacts quotidiens et du risque de contagion. Il réaffirme qu'il n'y a pas de risques lorsque deux enfants jouent ensemble. Il expose des arguments épidémiologiques. Aucun cas de contamination entre deux enfants qui ont des contacts quotidiens n'a jamais été rapporté en 13 ans d'observation. Dans tous les pays, quel que soit le milieu social, des études ont été faites sur des familles dont certains membres sont séropositifs. Le fait de vivre normalement en famille, d'utiliser vaisselle et rasoir en commun, ne constitue pas un risque. Dans le milieu de la santé, les soignants sont également au contact avec des malades, et la question d'une possible contamination s'est posée. Dans la plupart des pays qui étudient cette maladie, on a noté tous les cas où un travailleur est en contact avec le

sang du malade. Les données sont claires. Le contact du sang sur une peau saine n'est pas un risque de transmission. L'injection de sang à travers la peau représente un risque de transmission, mais un risque extrêmement réduit.

**Autres propos: "il faut que les enfants jouent avec les enfants"**

Des propos brefs d'enfants, de parents, de puéricultrices, d'un directeur d'école, concernant la confidentialité autour de la séropositivité des enfants en collectivités sont recueillis. Ils expriment différents points de vue. Assise dans son bureau, la Dr A-Françoise Genotte Centre de Référence de l'UCL Cliniques Universitaires Saint-Luc : « La confidentialité doit être respectée au maximum. (...) Des fuites chez de nombreux patients nous ont révélé que les conséquences peuvent être terribles pour ces personnes, qui pouvaient perdre leur travail ou être rejetées de leur école, par exemple. » Des propos d'enfants et des témoignages de psychologue, médecin, infirmière sociale, sont recueillis à propos de l'accompagnement des enfants séropositifs. Anita Misrahi, Psychologue Centre de Référence de l'ULB Hôpital Saint-Pierre « S'il y a bien quelque chose qui peut aider les enfants, c'est d'être avec d'autres enfants, dans les crèches, à l'école, avec un statut d'enfant. La meilleure manière de s'occuper de ses enfants, c'est de les considérer comme les autres. »

<b>Titre</b>	<b>Face au sida le dialogue des cultures</b>
Année de production	1996
Pays de production	France
Durée	52'
Langue	française
Réalisateur	Francis Gast Daniel Borillo
Société de production	Corina international
Commanditaire	Le département audiovisuel appliqué de l'université Louis Pasteur de Strasbourg
Couleur ou noir et blanc	couleur
Muet ou parlant	parlant
Format	vidéo
Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD Alsace
Référent archive	
Administration de la notice	Maryse Contal
Documents attachés à la fiche	

### Générique principal

**Contenus****Sujet**

La prévention et le sida dans les cultures européennes et africaines

**Mots clés**

prévention - SIDA - cultures - Afrique

**Genre dominant**

documentaire

**Sujets médico-sanitaires évoqués**

prévention

**Résumé**

succession d'entretiens de personnes qualifiées dans des domaines aussi variées que la médecine, la musique, l'anthropologie. Elles décrivent la façon de penser et la culture africaine et occidentale. Des reportages (au Portugal, au Cap vert, au Cameroun) sont effectués auprès de personnes participant à des actions de prévention contre le sida.

**Contexte**

Aux Journées Internationales sur la Communication, l'éducation et la Culture scientifique de 2002 à Chamonix, Francis Gast justifie ainsi le travail réalisé : « L'épidémie sida et la nécessité de mettre en place une prévention efficace comme quasi seule riposte actuellement disponible a provoqué des initiatives nombreuses dans de vastes zones comme l'Europe ou le monde. (...) L'échec de certaines campagnes de prévention dans l'espace européen, surtout quand le déracinement des populations concernées, les soucis administratifs, la précarité économique, la solitude renforce l'exclusion, a montré les limites de l'entreprise. Cette situation a été l'occasion d'une réflexion sur ce qui pouvait différencier les représentations, les comportements entre cultures différentes. Dans ce contexte, nous avons réalisé un documentaire de 52 minutes sous la direction scientifique de Daniel Borillo : "Face au sida, le dialogue des cultures". Ce documentaire a été l'occasion de réflexions lors de sa préparation et de sa réalisation, qui se poursuivent toujours. Cela montre la complexité de la question, le poids de nos propres représentations conscientes et inconscientes, les risques de malentendu et la relativité de l'idée d'une expression universelle de la science. »

**Éléments structurants du film**

Images de reportage : oui

Images en plateau : non

Images d'archives : non

Séquences d'animation : non

Cartons : non

Animateur : non

Voix off : oui

Interview : oui

Musique et bruitages : non

Images communes avec d'autres films : non

**Comment le film dirige-t-il le regard du spectateur ?**

la confrontation d'entretiens, les reportages sur le terrain visent à affiner le regard du spectateur sur la problématique du dialogue culturel

**Comment la santé et la médecine sont-elles présentées ?**

les médecins interrogés font part de leur questionnement sur la manière d'approcher le patient selon sa culture

### **Diffusion et réception**

#### **Où le film est-il projeté ?**

universités, lieux associatifs de prévention  
Communications et événements associés au film

#### **Public**

universitaire, tout public

#### **Audience locale, nationale, internationale ?**

internationale

### **Descriptif libre**

#### **La démarche du film : la problématique de la prévention par le dialogue interculturel**

Le postulat de départ de ce documentaire est le suivant : Si le virus du sida et ses modes de transmission sont bien évidemment identiques d'une population à une autre, effectuer la prévention de la même manière dans des populations socio-culturelles différentes est inefficace. « On a appris à écouter les gens », déclare un médecin. Un dialogue permettant de comprendre celui qui est différent de nous, ses représentations et sa culture est nécessaire pour une prévention efficace et respectueuse des personnes et des principes de la démocratie. Le dialogue des cultures : ce reportage illustre principalement les différences entre le monde occidental européen et la culture d'Afrique de l'ouest. Le documentaire est divisé en quatre parties : Lutter contre les exclusions, Reconnaître les traditions, Le dialogue entre génération, les langages de la communication. Ces thèmes sont toutefois abordés tout au long du documentaire. Il est basé sur des reportages et interview. Les personnes interviewées sont médecins, juristes, poètes, ethnologues, intervenants en prévention. La plupart connaissent « les deux mondes », sont eux même des immigrés, ou bien les médecins blancs ont travaillé en Afrique. Ils évoquent la tradition de l'oralité développée en Afrique plus qu'en Occident, l'habitude du langage métaphorique, le choc culturel d'un immigré noir arrivé en occident, la notion de groupe et de communauté bien plus importante en Afrique que la notion d'individu, la différence au niveau des soins médicaux...

#### **Enquêtes sur le terrain : intervention par l'animation de quartier et dans les cours d'alphabétisation**

Différents reportages traversent le documentaire. Un reportage est effectué dans un quartier défavorisé de Lisbonne, au Portugal, peuplé d'immigrés venus du Cap-Vert, Sénégal. Des actions de prévention sont mises en place par des animateurs de quartier. En miroir, un reportage est effectué au Cap vert. Ce reportage permet d'aborder différents problèmes. Aborder la prévention du sida dans une population dont la préoccupation principale est se loger et se nourrir est difficile. Les campagnes de prévention de masse touchent surtout les populations favorisées, les populations en situations de précarité seront plus sensibles à une des actions proches d'eux, locales, menées par des intervenants qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance. Il existe de plus en Europe une culture de la prévention (assurance pour les voitures, assurance maladie, assurance chômage...) peu développée en Afrique. L'alphabétisation (des cours sont organisés) est un premier pas vers la prévention et vers la lutte contre l'exclusion. Pour des personnes analphabètes, et africaines qui ont une tradition

basée sur l'oralité, le théâtre, la danse, la musique, sont des moyens adaptés pour faire passer des messages de prévention. L'aspect festif permet également de dédramatiser le sida. Un reportage est effectué sur la situation d'une jeune femme camerounaise qui va venir s'installer en Occident. Une cérémonie est organisée par ses proches afin de lui donner la protection des ancêtres pour sa nouvelle vie, et afin qu'elle n'oublie pas sa culture. Elle a fait des études à l'université en Europe. Elle explique qu'il faut pouvoir concilier cette protection spirituelle et globale et une prévention plus pragmatique et rationnelle à l'occidentale des maladies et notamment du sida.

### **La prévention par le spectacle vivant**

Des sketches se succèdent, effectués au Cameroun par une troupe de théâtre, formée par des étudiants camerounais afin d'effectuer de la prévention contre le sida. Ils parlent en anglais. Ils sont en plein air, sous un arbre, et abordent des questions liées au sida. La réalité du sida « I don't believe in AIDS », le rejet de la femme considérée comme contaminante, la peur d'exclusion par la famille, des démonstrations de pose de préservatifs, sont abordés. Des reportages abordent les difficultés à parler de sexualité, les oppositions possibles entre religions et prévention par le préservatif...

Le documentaire donne des clefs pour réussir une prévention auprès d'un public migrant, soulève de nombreuses questions et pointe la nécessité d'un dialogue pour permettre aux différentes cultures de se reconnaître et de se respecter.

<b>Titre</b>	<b>Pour une prévention au féminin (1997)</b>
Série	3 films de Quatre à Quatre
Année de production	1997
Pays de production	France
Durée	26'
Langue	française
Réalisateur	Anne Julien Louise Faure
Société de production	Quatre à Quatre
Commanditaire	Ministère santé, CEFS, DGS- Division Sida
Couleur ou noir et blanc	couleur
Muet ou parlant	parlant

Format	vidéo
Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD Alsace
Référent archive	
Administration de la notice	Maryse Contal
Documents attachés à la fiche	

## Générique principal

### Contenus

#### Sujet

La prévention contre le Sida adressée aux femmes.

#### Mots clés

prévention - Sida - femmes - immigration

#### Genre dominant

documentaire

#### Sujets médico-sanitaires évoqués

prévention par le préservatif - La contamination au sein d'un couple séropositif - La prévention auprès de population noire et maghrébine immigrées

#### Résumé

Des femmes médecins sont interviewées, des femmes issues de l'immigration d'Afrique noire ou maghrébine résidant en France et faisant partie d'associations témoignent, des collégiens en séquence de prévention sida sont filmés. Ces femmes donnent des pistes pour une prévention adaptée à la femme dans leur communauté. Le film intègre une série de trois films : une contamination secrète (1997); Pour une prévention au féminin (1997); Pour une prévention au féminin, enfin ! (1999)

#### Contexte

La prise en compte de population cible et de la fragilité lié aux femmes a émergé au sein des institutions chargées de prévention.

#### Éléments structurants du film

Images de reportage : oui

Images en plateau : oui

Images d'archives : oui

Séquences d'animation : non

Cartons : oui

Animateur : non

Voix off : oui

Interview : oui

Musique et bruitages : oui

Images communes avec d'autres films : oui (*Sida sauf votre respect* d'Alain Moreau)

**Comment le film dirige-t-il le regard du spectateur ?**

Le spectateur est invité à comprendre les difficultés de ces femmes, quel que soit leur âge ou leur origine, dans la prévention du sida, particulièrement dans le fait de faire accepter le préservatif à son partenaire. La parole de ses femmes, de simples citoyennes souhaitant faire évoluer la prévention contre le sida dans leur communauté, est touchante.

**Comment la santé et la médecine sont-elles présentées ?**

des médecins sont interrogés parmi d'autres catégories de personnes sur le SIDA : ils n'ont pas le monopole de la parole sur le sujet.

**Diffusion et réception****Où le film est-il projeté ?**

centres de prévention

**Communications et événements associés au film**

plaquette de communication

**Public**

femmes, population issues de l'immigration

**Audience locale, nationale, internationale ?**

nationale

**Descriptif libre****Une enquête par microtrottoir et entretiens in situ**

Un marché, au son de l'accordéon joué par une jeune fille. Des passants sont interrogés, ils sont jeunes, vieux, des hommes, des femmes, de différentes nationalités. Ils répondent le sida m'évoque... la maladie, la mort, maladie sexuellement transmissible, un souci du monde jeune, la peur tout le temps, la tristesse, une épidémie qui touche les femmes... les visages des passants sont filmés en gros plan. Voie off : Il y a aujourd'hui dans le monde 24 millions de personnes séropositives. 42% sont des femmes. La transmission hétérosexuelle augmente, notamment chez les femmes. Les femmes sont plus vulnérables, culturellement et physiologiquement. Les noms des intervenants apparaissent en bas de l'écran. Les différents groupes et intervenants sont filmés tour à tour par séquences. Entre ses séquences des questions sur le sida sont posées à des gens de tous âges et de tous horizons sur un marché. Des collégiennes sont assises autour d'une table dans une salle avec une enseignante.

**Paroles de militantes et de médecins**

Des femmes issues de l'immigration d'Afrique noire sont réunies dans une pièce, assises sur des banquettes. Elles ont 25 à 45 ans. Elles font parties de l'association URACA. Des femmes issues de l'immigration maghrébine sont assises sur un canapé dans un appartement.

L'association Voix d'Elles/Rebelles à laquelle elles appartiennent s'affiche en bas de l'écran.

Aucune ne porte le voile. Elles ont 25 à 50 ans. Ces différentes femmes débattent de l'acceptation du port du préservatif. Chaque groupe a ses problèmes spécifiques.

Pour les collégiennes, avoir un premier rapport sexuel est déjà difficile, utiliser un préservatif en plus est compliqué, et que faire si le garçon ne souhaite pas en porter ? Certaines filles ont été forcées par leur ami.

Pour les femmes issues de l'immigration d'Afrique noire, il faudrait déjà que l'idée que le sida existe soit admise par tous. Elles pensent qu'un moyen de faire faire accepter le préservatif est

d'expliquer qu'il permet de protéger la famille, la communauté. La logique individualiste de prévention occidentale est peu adaptée à leur culture.

Pour les femmes issues de l'immigration maghrébine, parler de sida est compliqué. Parler de sexualité est peu admis, et la femme ne doit de toute façon pas avoir de rapport avant le mariage... Sur un écran de télévision est diffusé un passage du film *Sida sauf votre respect* d'Alain Moreau. L'intervenant de *Sida sauf votre respect* rappelle qu'une femme séropositive et toxicomane est doublement condamnée, par la maladie et par sa famille. Le Dr Piet, généraliste, rappelle qu'il faut un dialogue et une confiance réciproque dans le couple, même dans une relation courte, pour que le préservatif ne soit pas synonyme de soupçon.

Les femmes issues de l'immigration d'Afrique noire et le Dr Piet rappellent que les femmes apprennent souvent leur séropositivité au cours d'une grossesse et les difficultés que cela engendre. Des médecins affirment qu'il faut dire non si l'homme ne souhaite pas porter de préservatif. Les collégiennes et un médecin rappellent que cela peut être difficile, elles sont souvent en situation d'infériorité. Quant à proposer un préservatif à son mari dans la communauté noire ou maghrébine... Les femmes issues de l'immigration maghrébine expliquent leurs « trucs » pour faire de la prévention au sein de leur famille, comme acheter une boîte de préservatif, la laisser dans le placard sans rien demander. Elle souhaite faire évoluer la communication sur la sexualité au sein de la famille, et la place de la femme. Les problèmes liés au préservatif comme moyen de contraception, au manque de moyens des femmes pour lutter elle-même contre les IST sont évoqués.

Ce reportage évoque les difficultés de la prévention sida au sein de différentes communautés de femmes.

<b>Titre</b>	<b>Une contamination secrète</b>
Série	3 films de Quatre à Quatre
Année de production	1997
Pays de production	France
Durée	58'
Langue	française
Réalisateur	Anne Julien Louise Faure
Société de production	Quatre à Quatre
Commanditaire	Ministère santé, Comité Française pour l'Education et la Santé, DGS- Division Sida, Observatoire Sida 92
Couleur ou noir et blanc	couleur
Muet ou parlant	parlant
Format	vidéo
Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD Alsace
Référent archive	

Administration de la notice      Maryse Contal

Documents attachés à la fiche

## Générique principal

### Contenus

#### Sujet

La prévention du SIDA adressée aux femmes et en particulier à celles d'origine maghrébine.

#### Mots clés

femmes - SIDA - immigration - prévention

#### Genre dominant

documentaire

#### Sujets médico-sanitaires évoqués

prévention - SIDA - contamination - contraception

### Résumé

Des femmes médecins sont interviewées, originaires d'Afrique noire et maghrébines résidant en France et faisant partie d'associations témoignent, des collégiens en séquence de prévention sida sont filmés. Ces femmes donnent des pistes pour une prévention adaptée à la femme dans leur communauté. Le film intègre une série de trois films : une contamination secrète (1997); Pour une prévention au féminin (1997); Pour une prévention au féminin, enfin ! (1999)

### Contexte

La prise en compte de population cible et de la fragilité lié aux femmes a émergé au sein des institutions chargées de prévention.

### Éléments structurants du film

Images de reportage : oui

Images en plateau : non

Images d'archives : non

Séquences d'animation : non

Cartons : oui

Animateur : non

Voix off : oui

Interview : oui

Musique et bruitages : oui

Images communes avec d'autres films : non

### Comment le film dirige-t-il le regard du spectateur ?

Le spectateur est invité à comprendre les difficultés de ces femmes, quel que soit leur âge ou leur origine, dans la prévention du sida, particulièrement dans le fait de faire accepter le préservatif à son partenaire. La parole de ces femmes, de simples citoyennes souhaitant faire évoluer la prévention contre le sida dans leur communauté, est touchante.

### **Comment la santé et la médecine sont-elles présentées ?**

La parole des médecins, garants d'une expertise médicale, est associée à celle des femmes interrogées. Ce ne sont pas des virologues ni des infectiologues mais des médecins (gynécologues, obstétriciens, généralistes) au contact de femmes dans les moments de prévention, d'annonce ou de suivi de séropositivité. Certains médecins expriment la nécessité d'un changement de la place de la femme au sein de la société.

### **Diffusion et réception**

#### **Où le film est-il projeté ?**

lieux de prévention

#### **Communications et événements associés au film**

plaquette de communication

#### **Public**

tout public, en particulier les femmes, notamment celles issues de l'immigration

#### **Audience locale, nationale, internationale ?**

nationale

### **Descriptif libre**

Dans ce reportage les intervenants sont interviewés seul face à la caméra.

### **La situation : entretiens dans le jardin du groupe "Cyclop"**

Un jardin avec le « Cyclop », un monstre artistique et métallique monumental plein de rouages, revient en leitmotiv dans le film, plusieurs intervenants y sont filmés, sa complexité nous est dévoilée au fil du reportage, symbolisant probablement la complexité du problème évoqué dans ce documentaire.

Le film débute par le témoignage d'une femme. Elle apparaît assise près d'une fontaine en mosaïque lumineuse, en contre jour, on ne voit pas son visage. Elle raconte la découverte de sa séropositivité et l'abîme dans lequel cela l'a plongé. Elle était toxicomane mais utilisait des seringues propres. Son ami a été convoqué à l'hôpital suite à un don du sang, à partir de ce moment, même sans faire le test, elle savait qu'elle était contaminée. D'autres femmes vont témoigner au fil du reportage, le visage cette fois découvert. L'une d'elles, catholique pratiquante, pensait vivre loin du sida, mais a été contaminé par son mari qui se savait séropositif. Une autre, prostituée, explique les négociations avec ses clients pour le port du préservatif. Une dernière nous raconte comment la maladie a bouleversé le regard qu'elle porte sur son corps et sur sa sexualité.

### **La parole des spécialistes : historiens, anthropologues, médecins**

Sont interviewés tour à tour : Michelle Perrot, historienne ; Dr Isabelle Heard, gynécologue ; Pr Jean-françois Delfraissy, interniste ; Dr Emmanuel Piet généraliste ; Françoise Héritier Anthropologue ; Geneviève Paicheler sociologue ; Antoinette Fouque députée européenne ; Pr Roger Henrion obstétricien. Ils expliquent la place des femmes au début de l'épidémie, dans les années 1980. La maladie étant considérées comme touchant les homosexuels, les femmes se sont senties peu concernées et n'étaient pas initialement décomptées dans les études épidémiologiques. Actuellement on s'aperçoit que les femmes sont vulnérables. Elles viennent en Occident de gagner le combat pour la contraception, mais se retrouvent de nouveau en situation de « corps soumis » ; la clé de la prévention, le préservatif, étant soumis à la volonté de l'homme.

Le Pr Hakima Himmich, Epidémiologiste à l'hôpital de Casablanca, parle des femmes séropositives au Maghreb. Elles ne sont peu ou pas informées ni instruites, sans travail, et sont

rejetées par leur famille en cas de séropositivité. Damien Rwegera Anthropologue : « Dans plusieurs pays du tiers-monde, où la transmission hétérosexuelle est dominante, on commence à considérer la femme comme responsable. Avant c'était l'autre, avant c'était l'étranger, le blanc, l'homosexuel, même les animaux. Cet étranger, puisque l'on ne peut plus nier que c'est dans le pays, dans la famille, devient la femme. » Les différents intervenants reviennent sur la domination masculine classique quel que soit le continent et le fait que, traditionnellement, « les maux arrivent par la femme ». Il manque des associations pour s'occuper de ces femmes qui sont souvent isolées et dominées. Les personnes les plus démunies sont touchées par le sida, les femmes notamment dans les pays en voie de développement sont en plus souvent dominées, elles ont besoin de l'accord de leur mari pour accéder à des soins. « Il est impossible d'envisager la lutte contre le sida sans la lutte contre la pauvreté et la lutte pour l'affirmation du droit des femmes. »

### **Notes complémentaires**

Sur le Cyclop : A la fin des années 1960 Jean Tinguely souhaite réaliser « son grand projet ». Assistée de Niki de Saint Phalle, ils achètent des terres boisées près de Milly-la-forêt en 1969. Avec l'accord du Maire, avec l'aide de nombreux artistes (Bernard Luginbuhl, Rico Weber...) et un soudeur professionnel, ils vont entamer le projet. Construit en secret pendant 25 ans, le monstre fait 23 mètres de hauteur et a nécessité 300 tonnes de ferailles. Il a dû résister à l'hostilité des saisons et au vandalisme des promeneurs. En 1987 Tinguely fait don du cyclop à l'état. L'artiste meurt en 1991. C'est Niki de Saint Phalle qui mène le projet à bien en 1994, il est alors inauguré par François Mitterrand.

Anne Julien et Louise Faure réalisent en 2010 un film sur l'histoire de la construction de cette œuvre et plus largement sur Niki de Saint Phalle et Jean Tinguely, intitulé Niki de Saint Phalle et Jean Tinguely, les Bonnie and Clyde de l'art. Il est diffusé sur ARTE le 23 août 2010 et au centre Georges Pompidou en juillet 2010. Il remporte le prix du meilleur film pour la télévision. Elles réalisent également un DVD intitulé le rêve de Jean, qui conte l'histoire de la création du Cyclop.

Titre	Le truc de Konaté
Année de production	1998
Pays de production	Burkina Faso
Durée	31'
Langue	dioula (s.-t. français)
Réalisateur	Fanta Régina Nacro
Société de production	Les films du défi
Commanditaire	Ministère de la communication et de la culture du Burkina - CNC - Canal + - Agence de la Francophonie - Ministère de la Coopération - Direction Générale de la Santé (Division Sida)-

	Télévision nationale du Burkina - Fondation Beaumarchais - PPLS / CNLS
Couleur ou noir et blanc	couleur
Muet ou parlant	parlant
Format	vidéo
Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD Alsace
Référent archive	
Administration de la notice	Maryse Contal
Documents attachés à la fiche	

## Générique principal

### Contenus

### Sujet

La prévention de la transmission sexuelle du sida au Burkina Faso par la promotion du préservatif

### Mots clés

SIDA - femmes - préservatif

### Genre dominant

fiction

### Sujets médico-sanitaires évoqués

SIDA - prévention

### Résumé

Diénéba quitte Ouagadougou où elle a passé quelques jours ; son cousin Salif lui donne des cadeaux pour la famille au village : des noix de cola, des pagnes... des préservatifs. Arrivée au village, Diénéba distribue les présents et promet à son mari Konaté un beau cadeau pour la nuit... Le soir venu, elle lui offre un préservatif. Konaté est furieux et refuse de changer ses habitudes. Devenu impuissant depuis ce refus, il va chercher, sur les conseils de ses amis et du féticheur, l'arbre magique qui donne ce « fruit étrange », le préservatif. ("Cinéma d'Afrique" ; cinemadafrique.asso.fr ; 15 - 07 - 2013)

### Contexte

Fanta Regina Nacro a entrepris des études à l'INAFEC à OUAGADOUGOU, grande école des métiers du cinéma en Afrique. Elle a poursuivi ses études à Paris. Elle a fondé en 1993 sa maison de production Les Films du Défi à Ouagadougou. En 1992, elle tourne son premier court métrage, c'est la première fiction dirigée par une femme au Burkina Faso. *Le truc de Konaté* est récompensé dans de nombreux festivals internationaux dont le FESPACO et le festival du court-métrage de Clermont Ferrand, le grand prix du court Festival balafon en Italie, le prix images de femmes, Festival vu d'Afrique au Canada... L'idée est venue à Fanta Regina Nacro de faire un film sur le sida car plusieurs personnes autour d'elle sont décédées « de la maladie », notamment une tante. Elle s'est sentie impuissante et avait envie de faire quelque chose, mais elle ne connaissait rien au virus. Elle s'est inscrite à l'association AIDES à Paris et a suivi une formation sur la maladie et les traitements. Elle a vu beaucoup de films qu'elle a jugés très durs. « J'ai voulu faire un film qui participe à la réflexion, et si possible à la prévention. C'est la première fois que je faisais un film en pensant spécifiquement à un type de public africain. Je crois que ça a été utile puisque le film a été utilisé pour la prévention dans de nombreux pays africains par les différentes organisations qui luttent contre le sida. » « A la sortie de mes films qui abordaient le problème du sida, des gens se sont rués dans les pharmacies pour acheter le truc de Konaté, les préservatifs. » Elle poursuit son engagement dans la lutte contre le sida. Elle réalise en 2002 « en parler ça aide », un film de promotion de la ligne de Sida Info Service en langues étrangères, elle est restée liée à AIDES, elle accompagne des malades africains en France. En 2004 elle réalise « Vivre positivement », film documentaire sur la gestion de la séropositivité en Afrique de l'Ouest, ayant pour but de donner clé de prévention et de lutter contre l'exclusion des séropositifs. Elle réalise à partir de 2010 des courts métrages fictions en langues Bambara, en langue Kinyarwanda, sur le sida et les mariages forcés, sur la prise des traitements...

### **Éléments structurants du film**

Images de reportage : non

Images en plateau : non

Images d'archives : non

Séquences d'animation : non

Cartons : non

Animateur : non

Voix off : non

Interview : non

Musique et bruitages : oui

Images communes avec d'autres films : non

### **Comment le film dirige-t-il le regard du spectateur ?**

Le spectateur est invité à s'identifier au héros de la fiction, à admettre l'existence du sida et la nécessité du port du préservatif.

### **Comment la santé et la médecine sont-elles présentées ?**

### **Diffusion et réception**

#### **Où le film est-il projeté ?**

projections plein air ; lieux de prise en charge

### **Communications et événements associés au film**

plaquette d'information

**Public**

adulte

**Audience locale, nationale, internationale ?**

internationale (liée au Burkina Faso et à la France comme pays de migration)

**Descriptif libre**

**Retour de la ville avec les préservatifs**

Les personnages parlent dans leur langue, le film est sous titré en français. Dans une ville du Burkina Faso, sur un parking ou une gare de bus, une femme récupère des cadeaux apportés par son cousin. Elle reçoit des pagnes, des bonbons, pour apporter au village. Le cousin offre également des préservatifs pour le mari de la jeune femme. Elle rit. Son cousin lui explique que la maladie est là, qu'il sait que son mari est un coureur de jupon ; s'il accepte ce cadeau, il sera protégé, elle et sa co-épouse aussi. « Que dieu te protège », termine son cousin. Musique et générique. Les artères de la ville sont filmés. La jeune femme, Diénéba, rentre au village où ses habitants l'attendent. Elle leur distribue ce qu'elle a ramené de la ville.

**Disputes dans le couple**

Le soir, Diénéba offre son cadeau à Konaté, son mari. Konaté a envie d'elle après son absence. Il lui demande ce que c'est, il trouve qu'elle ramène des choses bizarres de la ville. Diénéba se penche à son oreille et lui explique qu'il faut le mettre sur le sexe de l'homme pour éviter pleins de maladies. Konaté rit, « ça, c'est encore une idée folle des gens de la ville ! » Diénéba dit à son mari qu'elle a vu beaucoup de gens mourir du sida. Il refuse catégoriquement l'idée de mettre son sexe dans du plastique. Diénéba refuse de faire l'amour avec lui s'il ne met pas le préservatif. Konaté explique à sa femme que le sida est une invention des blancs, il n'y a pas de sida chez eux. Ils poursuivent leur conversation mais chacun reste sur ses positions. Le lendemain matin, Konaté rejoint les hommes du village assis sous un arbre. Ses amis le trouvent fatigué, et lui demande si c'est Diénéba qui l'a fatigué cette nuit. Il répond qu'il n'a rien fait du tout, Diénéba voulait mettre son bangala dans un sac plastique. Exclamation de surprise générale. Un homme : « Ces femmes qui vont à la ville, elles ne ramènent que de mauvaises choses. » Un autre le soutient et affirme que si les aîeux refusent leurs sacrifices et refusent de les protéger, c'est à cause de ça. On demande à Konaté si c'est lui qui porte la culotte, et tous les hommes sont d'accord pour dire qu'il perdra sa virilité s'il accepte. Konaté approuve, on verra qui est un homme ce soir ! Il se lève d'un pas décidé.

Diénéba ne cédera pas à Konaté. Konaté pense que Djénéba lui a jeté un sort, car il ne parvient à rien avec aucune femme cette nuit là... Il va consulter le marabout. Le marabout lui conseille de trouver un arbre avec des gourdes attachées au tronc, dont la sève coule comme du vin de palme, et toucher la racine de cet arbre. S'il y parvient, il retrouvera sa virilité.

**La quête de Konaté**

Konaté traverse champs, forêts, village, à la recherche de l'arbre qui lui rendra sa virilité. En tombant d'épuisement, il a la vision d'un arbre à préservatifs, et pense avoir trouvé ce qu'il cherchait. Il reprend la route pour le village. En chemin, il croise une femme de sa connaissance qui l'amène voir son père malade à l'hôpital. Il croise des malades squelettiques, qui "ont la chose là"... Le père de son ami est de retour au village, mais il est mort... Konaté poursuit sa route, pensif. Une action de prévention sida est menée dans la petite ville que traverse Konaté. Il va assister à la démonstration de pose de préservatif. A la fin des

préservatifs sont distribués gratuitement. Konaté s'approche une fois la foule dispersée, et demande sur quel arbre pousse le préservatif, ce qui fait rire ceux qui ont fait la démonstration. Konaté semble décontenancé et désespéré. Finalement, il discute tranquillement avec Awa, la femme qui fait parti de l'équipe de prévention. « C'est maintenant que je commence à comprendre », déclare Konaté. Awa lui dit que sa femme ne l'a pas marabouté, elle souhaitait qu'il se protège contre la maladie. Konaté trouve que sa femme lui a mal expliqué les choses. Awa dit à Konaté que si sa femme les lui avait expliqués, il ne l'aurait pas cru, maintenant il a vu. Awa s'excuse de s'être moqué de lui, mais les capotes sont fabriquées chez les Blancs, elles ne poussent pas sur un arbre. Konaté lui demande ce que signifie ce que lui a dit le marabout, l'arbre avec des petites gourdes et la sève blanche... Il part, énervé, il ne guérira jamais.

### **La prévention auprès de Konaté**

La camionnette avec les acteurs de prévention rejoint Konaté et Awa lui propose de monter, elle sait où se trouvent les arbres. Konaté monte. Ils s'arrêtent dans une forêt d'Hévéa. « Ils produisent le latex avec lequel on fait les capotes » explique Awa. De petits récipients sont utilisés pour recueillir la sève. Awa demande de promettre d'utiliser la capote s'il guérit. Konaté rit. Konaté se penche et touche l'hévéa. Il entend les voix des hommes qui lui ont dit de ne jamais mettre ce truc là, et leur dit de se taire. Il se relève et se tourne avec un sourire vers Awa, il est guéri, elle le constate en touchant Konaté. Konaté propose à Awa de coucher avec elle, elle décline et lui conseille d'aller retrouver ses femmes. Ils sortent ensemble en courant de la forêt et rejoignent la camionnette.

### **Conversion et réconciliation**

Konaté est de retour au village, il décharge des cartons. Konaté a fait un cadeau au village. Les hommes ouvrent les boîtes et constatent qu'elles contiennent des préservatifs. Ils demandent des explications. Konaté sourit et explique qu'il a vécu de nombreuses aventures avant d'être convaincu qu'il devait ramener à ça au village. Le soir, tout le village est assis, et écoute Konaté raconter ses aventures. Il répète les paroles des préventions, le virus rode autour du village comme une hyène. Le pire des dangers c'est l'ignorance, affirme un villageois. Un autre dépose des branches avec des feuilles au pied de Konaté. Konaté reconnaît les feuilles d'hévéa. Konaté réalise que cet arbre se trouvait derrière sa maison. Un villageois propose de fêter cet arbre, l'arbre de vie. Le lendemain, les villageois sont en tenues traditionnelles et une fête est organisée. Konaté s'éclipse avec Djénaba. « ça va chauffer cette nuit, surtout avec les capotes ! »

Titre du film	Un pète au casque Film de sensibilisation à la vie en présence du sida
Année de production	1998
Durée	55'
Langue	Français
Réalisateur	Jean Simard
Société de production	association le Coulomey, Bordeaux
Commanditaire	Participation DDASS Gironde, CRIPS
Couleurs ou n et b	couleur
Format	video
Copie	oui
Archives (détentric du film)	CIRDD Alsace/Toxibase 5 rue Adolphe Hirn 67000 Strasbourg
Administration de la notice	Contal Maryse

## **Contenus**

### **Sujet**

La séropositivité, vue par ceux qui ont le sida, et ceux qui les soignent ou qui les aiment.

### **Mots clés**

sida- séropositivité-solidarité-relation soignant/malade

### **Genre dominant**

fiction

### **Sujets médico-sanitaire évoqués**

L'aspect relationnel et psychologique est plus développé que l'aspect médical pur

### **Résumé**

Les une après les autres, les 4 personnes racontent leur histoire. Cathie, aide soignante, s'est attaché à un patient homosexuel qui est mort du sida. Alexandre, jeune homme séropositif, raconte son parcours dans l'acceptation de la maladie et surtout des traitements. Betty, contaminée par transfusion, raconte la maladie et la réaction de son mari. Bernard raconte sa rencontre avec Betty et le début de leur relation.

**Contexte**

Les trithérapies sont sur le marché depuis 2 ans et ont fait preuve de leur efficacité

**Eléments structurants du film**

Les quatre personnages parlent seuls à tour de rôle face à la caméra. Ils sont filmés en gros plan.

**Comment le film dirige le regard du spectateur ?**

Le spectateur est invité à la sympathie envers les personnages et les épreuves qu'ils ont traversées. Chacun évoque son histoire avec de l'émotion et de l'humour. Il envoie un message d'espoir et de solidarité.

**Comment la santé et la médecine sont elles représentées ?**

L'émotion des soignants est au premier plan.

**Diffusion et réception**

*Où le film est-il projeté ?*

*Communication et événements associés ?*

*Public*

*Audience locale, nationale, internationale ?* Nationale

**Descriptif libre**

Les 4 personnages apparaissent successivement seul à l'écran, avec leur prénom en blanc en dessous : Cathie, Bernard, Betty, Alexandre

**Bertrand**

Il est adossé à du bois découpé et rangé à l'extérieur.

Il raconte sa première rencontre avec Betty. Il s'est arrêté dans un chemin de bois pour trouver des cèpes.

« Un petit bout de bonne femme brune, bien dessinée, un peu garçon manquée sur les bords » Elle était allongée par terre. Il a pensé qu'elle a fait un malaise. Elle a souri et dit « ça sent bon la terre de bruyère et le printemps. »

« Je me suis dit qu'elle avait un pète au casque », je n'ai rien dit.

Quand j'allais partir, une tourterelle est passée au dessus, je me suis dit que ça pouvait être un signe.

Tour à tour, les quatre personnages dévoilent leur histoire.

**Cathie** raconte sa rencontre avec un jeune patient homosexuel. Il est du même village que celui de ses grands parents, cela crée un lien. Elle raconte comment elle s'est progressivement attachée à cet homme, pourtant initialement éloigné de son milieu, et la lente dégradation de son état lié à la maladie. L'équipe soignante a vu d'un mauvais œil cet attachement réciproque. A la demande de Cathie, le jeune homme a attendu qu'elle quitte l'hôpital pour mourir.

**Alexandre** raconte les difficultés qu'il a rencontrés, il a du abandonné son travail dans un bar qu'il avait ouvert avec un ami, avalé un nombre incroyable de pilule... Il raconte son voyage

à la rencontre des baleines au Québec et l'aide que cela lui a fourni. Il raconte les rapports avec les médecins, eux aussi, ils sont agressifs quand ils ont peur... Il a retrouvé du travail, et ça se passe bien avec les traitements.

**Betty** a été contaminée par transfusion lors de son accouchement. Son mari préfère ne pas parler du sida. C'est dur de découvrir que son propre mari ne vous soutient pas alors que vous êtes malades... Betty commence la trithérapie. Une fois que son corps va mieux, il faut que la tête accepte ce nouveau changement. Betty l'a fait, elle a maintenant des projets avec Bernard.

**Bernard** va tomber sous le charme de « ce petit bout de femme ». Il l'aime, même s'il faut réussir à gérer sa séropositivité.

<b>Titre</b>	<b>Timiya (« Le Plaisir »)</b>
Année de production	1998
Pays de production	France et Mali
Durée	74'
Langue	Bambara
Traduction	oui
Réalisateur	Gilles Le Mao
Société de production	La Huit production
Commanditaire	Ministère de l'emploi et de la solidarité, DGS Division sida
Couleur ou noir et blanc	couleur
Muet ou parlant	parlant
Format	vidéo
Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD Alsace
Référent archive	
Administration de la notice	
Documents attachés à la fiche	

### Générique principal

#### Contenus

##### Sujet

La prévention de la transmission sexuelle du sida dans une communauté immigrée du Mali

**Mots clés**

Sida-prévention sexuelle-prostitution-immigration

**Genre dominant**

théâtre filmé

**Sujets médico-sanitaires évoqués**

SIDA - médecine locale (traditionnelle)

**Résumé**

Après plus de dix ans passés en France, Bouba rentre au pays pour un court séjour. Il revient avec sa nouvelle femme. Celle-ci va tomber dans la prostitution, et devenir séropositive...

**Contexte**

La troupe Yeleen jouait en bambara au Mali et en France. Le Ministère des affaires sociales de l'époque à demander à Gilles le Mao de réfléchir à une sorte de sitcom façon africaine pour diffuser gratuitement en VHS cette pièce dans les foyers maliens français. Le Huit Production avait réalisé quelques années auparavant 5 courts métrages pour l'ONISEP afin de présenter l'école aux primo-arrivant en plusieurs langues (bambara, turc, chinois, tamoul). Selon Gilles La Mao, cette pièce a été copiée officieusement et diffusée jusqu'au Mali.

**Éléments structurants du film**

Images de reportage : non

Images en plateau : non

Images d'archives : non

Séquences d'animation : non

Cartons : non

Animateur : non

Voix off : non

Interview : non

Musique et bruitages : oui

Images communes avec d'autres films : non

**Comment le film dirige-t-il le regard du spectateur ?**

Le film est une pièce de théâtre. Les acteurs parlent une langue africaine parlée en Afrique de l'ouest principalement au Mali, et qui serait assez proche du dioula. La troupe de théâtre Yeleen a probablement été utilisé pour créer une proximité avec le public migrant visé. Le public visé est appelé à se reconnaître dans les difficultés exposés dans ce film : difficulté pour les papiers, difficulté à concilier culture d'origine et culture du pays d'accueil... Il est mis en garde contre l'argent « facile » de la prostitution, les guérisseurs, le sida...

**Comment la santé et la médecine sont-elles présentées ?**

Le guérisseur est présenté comme un charlatan, le médecin noir représentant la médecine occidentale est présenté de façon respectable.

**Diffusion et réception****Où le film est-il projeté ?**

foyers d'hébergement, lieux de prévention

**Communications et événements associés au film**

plaquette de présentation

**Public**

tout public

**Audience locale, nationale, internationale ?**

internationale (France et Afrique)

**Descriptif libre**

C'est une pièce de théâtre filmée, les acteurs parlent dans leur langue, elle est sous titrée Français.

**Débat sur le port du préservatif**

C'est l'anniversaire de Bintou, une femme noire d'une trentaine d'année. Elle attend les invités dans son salon. Bouba, son compagnon, même âge, arrive un peu avant les autres. Il lui annonce qu'il a enfin une carte de séjour de dix ans. Les invités arrivent, ils discutent et se promettent de se rejoindre plus tard pour sortir. Bouba et Bintou restent seuls. Ils se disputent : Bouba ne souhaitait pas que Bintou prévienne les autres invités concernant son obtention de la carte de séjour. Il va partir pour l'Afrique la semaine prochaine, cela fait dix ans qu'il n'a pas vu ses parents. Bintou aurait aimé qu'il attende d'officialiser leur situation, de se marier avant qu'il ne rentre au pays. Ils ont un enfant qui a deux ans. Ils se disputent également autour du port du préservatif, Bintou a gain de cause et Bouba accepte l'idée d'aller en acheter. Bintou lui demande sa confiance, ils se marieront quand il rentrera.

**La prostitution et ses risques sanitaires**

Un autre couple est filmé dans un autre décor. Ils parlent également de leur relation et du préservatif, la femme incite une nouvelle fois l'homme. Comme Bouba, l'homme ne se sent pas malade et demande la confiance de sa partenaire. Bintou entre en pleurs, Bouba s'est marié en rentrant au pays et ramène sa nouvelle femme demain. Nouveau décor. On retrouve Bintou et sa nouvelle femme, Saindou, dans le salon de leur appartement. Bintou part travailler, Saindou se plaint que depuis 3 mois en France elle s'ennuie. Deux femmes, deux amies, viennent sonner à la porte. Elles conseillent à Saindou de se prostituer afin d'avoir de l'argent. L'une d'elle l'incite fortement en ces temps de sida à porter le préservatif afin de ne pas laisser entrer le virus dans la famille, l'autre est moins convaincue. Nouveau décor. On retrouve deux hommes noirs dans une pièce, l'un est en train de coudre. Les deux hommes font affaire ensemble, l'un « rabat » les clients et l'autre reste au magasin avec la femme (Saindou) qui se prostitue. Ils se partagent tous les trois les bénéfices. Les clients sont satisfaits, et les bénéfices importants.

**La maladie : dépistage, information**

Saindou va voir un guérisseur, car elle a de la fièvre, vomissements et diarrhée. Celui-ci est présenté comme quelqu'un qui boit et extorque de l'argent. De retour dans l'appartement de Bintou, deux amis sont présents, Saindou aussi, elle est dans sa chambre. Ils sont allés à l'hôpital, le médecin, un homme de leur ethnie, vient à domicile pour annoncer le diagnostic de sida. Le médecin incite Bouba à se faire dépister et rappelle les modes de transmission du sida. Un des amis présents est heureux qu'on lui explique cela dans sa langue.

Le film a le mérite de donner des informations sur les modes de transmission du sida et son moyen de prévention, le préservatif de façon assez simple et dans la langue du public ciblé. Il aborde également le thème de la prostitution et les difficultés rencontrées par les immigrés homme et femme en France. Le ton enjoué et la musique fréquente dans cette pièce de théâtre tranchent avec le scénario qui est assez sordide.

<b>Titre</b>	<b>vivre avec son traitement - les effets secondaires</b>
Série	infection à VIH
Année de production	1999
Pays de production	France
Durée	30'
Langue	française
Réalisateur	Catherine Tourette-Turgis
Société de production	Comment dire
Commanditaire	DDASS Bas-Rhin - DDASS Bouches du Rhône - Aides - Arc en ciel - Sol en Si - Hétéroclite - Arcat Sida - Laboratoires Glaxo-Wellcome
Couleur ou noir et blanc	couleur
Muet ou parlant	parlant

Format	vidéo
Copie	oui
Archives (détentrices du film)	CIRDD Alsace
Référent archive	Maryse Contal
Administration de la notice	
Documents attachés à la fiche	

### **Générique principal**

#### **Contenus**

##### **Sujet**

L'impact des effets secondaires de la trithérapie dans la vie quotidienne des malades

##### **Mots clés**

SIDA - trithérapie - patient - médicament

##### **Genre dominant**

documentaire

##### **Sujets médico-sanitaires évoqués**

gestion des effets secondaires de la trithérapie

##### **Résumé**

Différents malades (hommes, femmes, homosexuels, hétérosexuels, immigrés) témoignent de leur quotidien avec la maladie et les traitements.

##### **Contexte**

Le film est produit par Comment Dire. Comment Dire est un organisme de formation et de conseil en communication sociale spécialisé dans le counseling. Depuis sa création en 1991, Comment Dire développe ses activités dans les domaines de la formation de professionnels de santé et d'acteurs associatifs. La structure élabore des guides pédagogiques, assure la production de vidéo-formation pour fournir un appui méthodologique aux équipes de santé. Comment Dire a édité 5 guides de counseling et produit 3 vidéo-formation dans le domaine de l'infection par le VIH et de l'hépatite C. Ses fondatrices sont Maryline Rébillon, psychologue et formatrice ayant travaillé pendant plusieurs années comme éducatrice à la Protection Judiciaire de la Jeunesse, et Catherine Tourette-Turgis, maître de conférences en Education à la Santé à l'université de Rouen (France). Comment Dire est agréé par le ministère de la santé.

#### **Éléments structurants du film**

Images de reportage : oui

Images en plateau : non

Images d'archives : non

Séquences d'animation : non

Cartons : non

Animateur : non

Voix off : non

Interview : oui

Musique et bruitages : oui

Images communes avec d'autres films : non

### **Comment le film dirige-t-il le regard du spectateur ?**

Le spectateur entre dans l'intimité de la personne qui témoigne. Le spectateur est invité à la compassion envers les épreuves traversées par les malades, corollaires des bienfaits d'ailleurs reconnus par les séropositifs de la trithérapie. Le public professionnel visé en invité à prendre les considérations les plaintes des malades. Les malades apparaissent actifs, revendicatifs, ils connaissent bien leurs traitements et cherchent des solutions (régimes alimentaires, conseils trouvés auprès d'autres malades...) aux problèmes posés par les traitements

### **Comment la santé et la médecine sont-elles présentées ?**

Les médecins sont absents du film. Le message porté par le film par la parole des patients : la médecine doit s'adapter aux besoins des malades et les malades doivent s'adapter à leurs traitements...

### **Diffusion et réception**

#### **Où le film est-il projeté ?**

centre de formation professionnelle

#### **Communications et événements associés au film**

plaquette d'information

#### **Public**

professionnels de la médecine

#### **Audience locale, nationale, internationale ?**

nationale

### **Descriptif libre**

#### **Principe du film : unité de lieu, succession de témoignages sur les mêmes thèmes**

Un salon aux couleurs vives, avec un canapé sur lequel vont se succéder les personnes interviewées. Il s'agit de personnes séropositives qui sont prises en charge par la trithérapie. Le ou les reporters ne sont pas visibles, mais interpellent manifestement celui qui témoigne. Les thèmes de la gestion des effets secondaires, des projets, de la relation avec le médecin, de l'insertion sociale sont abordés dans les témoignages. Chaque personne se présente en donnant la durée de sa séropositivité et la date à laquelle elle a commencé des traitements. Les personnes choisies permettent de représenter des situations très différentes de vécu de VIH, leur histoire personnelle étant différentes. Elles revendiquent toutes une meilleure prise en charge des effets secondaires au traitement, elles souhaitent qu'il soit pris en considération au même titre que l'efficacité du traitement.

#### **Présentation des patients interrogés**

Chaque témoin raconte son parcours personnel d'acceptation de la maladie et des traitements, et les moyens qu'il a de lutter contre les effets secondaires : sport, régime alimentaire, garde à robe à changer... La plupart souligne la difficulté de s'adapter à ce corps qui change, ce corps « mutant ». Ils sont dans l'ensemble bien informés sur la maladie et échangent leurs impressions avec d'autres malades. 2 hommes d'une quarantaine d'année, l'un est probablement homosexuel, l'autre est hétérosexuel et vit avec une femme séropositive,

témoignent. 3 femmes témoignent : l'une d'elle est noire et n'a pas la nationalité française, une autre elle-même séropositive a un enfant séropositif, la dernière a 17 ans et est séropositive depuis sa naissance.

### **Un exemple de témoignage**

Un homme ayant l'air en bonne santé, avec un léger accent : « J'ai 40 ans, je suis séropositif depuis 1988, j'ai commencé ma trithérapie en avril 1997. Les effets secondaires maintenant ? La chiasse est de retour, je suis désolé pour le terme... (...) » Il explique qu'il adapte sa vie à ses diarrhées, et décrit sa vie quotidienne. Il parle des lipodystrophies. Il essaie d'adapter sa vie et son régime alimentaire à chaque rebondissement de sa maladie et de ses traitements. « Il va falloir que je m'adapte, car la science ne nous donne pas de solutions. » Il participe à des groupes de parole et a rencontré des gens avec des lipodystrophies qui ne sont pas sous trithérapie. Lui-même est passé de la taille 38 à 46, il a perdu le plaisir de s'habiller. Il travaille, donne des cours, il est probablement enseignant. Il a parlé de son ami, il est probablement homosexuel. Il exprime un désir de « vacances thérapeutiques », mais il a connu les infections opportunistes, il a vu la mort « là » (il a deux doigts très proches de ses yeux). « Cette saloperie » (le traitement) le fait vivre. Ses projets ? Il ne les fait pas à plus de 6 mois. Il aimerait voir l'an 2000...

## Bibliographie

1. <http://www.seronet.info/article/truada-comme-prevention-aides-demande-une-rtu-59760>.
2. <http://www.lecrips-idf.net/article2361.html>.
3. <http://www.rue89.com/2013/02/13/didier-lestrade-cofondateur-dact-sida-pourquoi-jarrete-239580>.
4. Ouvrage du collège des Universitaires de Maladies Infectieuses et Tropicales. E. PILLY. CMIT. 2012.
5. Deschamps Jean-Pierre. Les sciences humaines victimes de la trithérapie. S F S P. 2001;13.
6. Théodore F. Quand les pouvoirs publics redéfinissent au sein de l'hôpital leur espace d'intervention. *Revue française des affaires sociales*. 1 déc 2001;n° 4(4):183-202.
7. Sobel FB et A. L'épidémie de sida : le temps des transformations. *Les Tribunes de la santé*. 2006;n° 13(4):53-67.
8. Barbot Janine. Les malades en mouvements La médecine et la science à l'épreuve du sida. Balland. 2002.
9. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000331/0000.pdf>.
10. <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024803740&d ateTexte=vig>.
11. D. Grmek Mirko. Histoire du sida. Payot; 1990.
12. Pinell Patrice P, Broqua Christophe, De Busscher Pierre-Olivier, Jauffret Marie, Thiaudière Claude. Une épidémie politique La lutte contre le sida en France (1981-1996). Presse universitaire de France; 2002.
13. Rozenbaum Willy. La vie est une maladie sexuellement transmissible constamment mortelle. Stock; 1999.
14. Epstein Steven. Le virus est-il bien la cause du sida? Histoire du sida 1. Les Empêcheurs de penser en rond. Le Seuil; 2001.
15. Lestrade Didier, Pialoux Gilles. Sida 2.0 Regards croisés sur 30 ans d'une pandémie. Fleuve noir. 2012.
16. Epstein Steven. La grande révolte des malades Histoire du Sida 2. Les Empêcheurs de penser en rond. Le Seuil avril 2001 pour l'édition française, 1996 University of California Press;
17. inserm. [www.inserm.fr](http://www.inserm.fr).
18. <http://www.arcant-sante.org/publi/infectionVIH/9chrono.html#14>.
19. Fassin Didier, Memmi Dominique. Le gouvernement des corps. Editions de l'école des hautes études en sciences sociales. 2004.
20. Bonah Christian, Haxaire Claudie, Mouillie Jean-marc, Visier Laurent. Médecine, santé et sciences humaines. Les Belles Lettres. 2012.
21. Berlivet Luc. Naissance d'une politique symbolique : l'institutionnalisation des « grandes campagnes » d'éducation pour la santé. *Quaderni*. 1997;33(33):p 99-117.
22. Paicheler Geneviève. Prévention du sida et agenda politique les campagnes en direction du grand public (1987-1996). CNRS Edition; 2002.
23. <http://www.hexagonegay.com/80.html>.
24. <http://www.ina.fr/sciences-et-techniques/medecine-sante/dossier/125/sida.20090331.CAB8301522001.non.fr.html#containerVideo>.

25. Herzlich Claudine. Vingt ans après, l'évolution d'une épidémie. *Etudes*. 2002;TOME 396(2):185-196.
26. Dodier Nicolas. *Leçons politiques de l'épidémie sida*. Editions de l'Ecole des hautes études en sciences sociales. 2003.
27. <http://www.ina.fr/economie-et-societe/vie-sociale/video/I00005232/suite-le-pen-sur-le-sida-le-sidaique-est-une-espece-de-lepreux.fr.html>.
28. <http://www.allocine.fr/>.
29. Steffen Monika. *Les états face au sida en Europe*. Presse Universitaire de Grenoble; 2001.
30. L'affaire du sang contaminé [Internet]. [www.liberation.fr](http://www.liberation.fr). [cité 28 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.liberation.fr/evenement/0101133310-l-affaire-du-sang-contamine>
31. Chauveau S. La demande de sécurité : l'épreuve des crises sanitaires depuis les années 1980. Moguen-Toursel M, éditeur. *L'Atelier du Centre de recherches historiques Revue électronique du CRH* [Internet]. 24 sept 2009 [cité 28 nov 2012];(02). Disponible sur: <http://acrh.revues.org/993>
32. Marchetti Dominique. La genèse médiatique du « scandale du sang contaminé ». Conseil National du sida; 1993 janv.
33. Chauveau Sophie. *L'affaire du sang contaminé (1983-2003)*. Belles Lettres. 2011.
34. <http://lemegalodon.net/a5426-l-affaire-du-sang-contamine-un-enorme-scand.html>.
35. Savard Anne-Marie, Simard Caroline. Analyse comparative de deux systèmes d'enquêtes publiques: l'affaire du sang contaminé (Canada-France). *RUDS*. 1998 1997;
36. <http://www2.cnrs.fr/presse/journal/3393.htm>.
37. Grémy F. Sang contaminé : les renoncements et l'impéritie de l'Etat dans le domaine de la Santé publique, une longue tradition. *Santé Publique*. 2002;Vol. 14(2):179-186.
38. Fillion E. Affaires et redistribution des pouvoirs dans l'univers sanitaire : le cas du sang contaminé en France. *oss*. 2009;8(2):71-77.
39. De Oliveira Jean-Philippe. *Communication publique et formes de gouvernabilité contemporaine de l'Etat: le cas de l'homosexualité dans les campagnes de prévention du sida en France (1987-2007)*. Université de Grenoble 3; 2012.
40. Lydié Nathalie ; ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le Sida), France. *Bilan des actions de communication sur l'infection à VIH/sida*. Paris [France] : ANRS (Agence Nationale de Recherches sur le Sida et les hépatites virales); 1999. p. p 77-106.
41. Cattacin Sandro, Panchaud Christine. *Les politiques de lutte contre le VIH/SIDA en Europe de l'ouest: Du risque à la normalisation*. L'Hamattan; 1997.
42. Ramirez-Joinville A. La politique de réduction des risques en France et en Espagne. juin 2005;(2).
43. Lamptey P, Merywen Wigley, Care D, Yvette Collymore. Face à la pandémie sida. *Bulletin*. sept 2002;57(3).
44. Mason James O., Noble Gary R. Current CDC Efforts to prevent and control Human Immunodeficiency Virus Infection and AIDS in the United States through information and education. *Public Health Report*. juin 1988;103(3).
45. Programme Mondial de lutte contre le sida, OMS. *Rapport d'activités numéro 7*. 1991 mai.
46. Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). *Rapport de la première réunion du conseil de coordination du programme*. Genève; 1995 juill.
47. Alister Rogers, Victor Pecoul, Richard Jean-Christophe. *L'accès aux trithérapies dans le monde*. Genève; 2007.
48. ONUSIDA. *ONUSIDA 2011Rapport. Atteindre l'objectif zéro*. 2011.
49. Efficacité de l'endossement par les célébrité en publicité : Rôle médiateur de la congruence avec l'image de soi [Internet]. *Scribd*. [cité 4 mars 2013]. Disponible sur:

<http://fr.scribd.com/doc/24791572/Efficacite-de-l%E2%80%99endossement-par-les-celebrite-en-publicite-Role-mediateur-de-la-congruence-avec-l%E2%80%99image-de-soi>

50. Mossuz-Lavau Janine. Les lois de l'amour. Les politiques de la sexualité en France(1950-1990). Payot. 1991.
51. <http://www.ina.fr/sciences-et-techniques/medecine-sante/dossier/2202/preservatifs-et-publicite.20090331.CAB87035943.non.fr.html#containerVideo>.
52. Rudelic-Fernandez Dana, Bajos Nathalie, Lert France. Entre message didactique et stratégie publicitaire: usage de la fiction dans la communication préventive. Ruptures, revue transdisciplinaire en santé. 1997;4(2):163-180.
53. Bajos Nathalie, Ducot Béatrice, Rudelic-Fernandez Dana, Lert France, Spira Alfred. 3000 scénarios contre un virus: évaluation quantitative d'un nouveau modèle de communication sur le sida. 1994;
54. Rudelic\_Fernandez Dana, Bajos Nathalie, Lert France, Spira Alfred, Ducot Béatrice. 3000 scénarios contre un virus: pour un nouveau modèle de communication sur la prévention sida. CRIPS, INSERM; 1994.
55. Eyquem A, Alouf J, Montagnier L. Traité de microbiologie clinique: Premières mises à jour. PICCIN; 1998.
56. <http://www.chups.jussieu.fr/polys/santePublique/SPublBourdillonP1/POLY.Chp.1.htm>
57. Conseil National du Sida. Rapport sur le dépistage obligatoire ou systématique du VIH. 1991 déc.
58. Haut Comité de la Santé publique. Avis et rapport sur le dépistage de l'infection par le V.I.H. 1992 mars.
59. Sida: la trithérapie comme premier traitementLe rapport du Pr Dormont, présenté hier, préconise d'attaquer le virus vite et fort. [Internet]. [www.liberation.fr](http://www.liberation.fr). [cité 11 oct 2012]. Disponible sur: <http://www.liberation.fr/vous/0101228265-sida-la-trithérapie-comme-premier-traitementle-rapport-du-pr-dormont-presente-hier-preconise-d-attaquer-le-virus-vite-et-fort>
60. <http://www.actupparis.org/spip.php?article126>.
61. Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98-228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en oeuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH.
62. Circulaire DGS/DH/DSS n° 98-423 du 9 juillet 1998 relative aux missions et aux objectifs des consultations de dépistage anonyme et gratuit ou de dépistage gratuit du virus de l'immunodéficience humaine.
63. Moatti J-P., Ben Diane K., Rey D. Dépistage du VIH en Europe: le point sur les politiques et les pratiques du dépistage. INSERM, ORS PACA; 2001.
64. Programme spécial de lutte contre le sida. Dépistage et examens à pratiquer dans le cadre des programmes de lutte contre le sida. OMS; 1988 janv.
65. <http://www2.ohchr.org/french/issues/hiv/guidelines.htm>.
66. Klaue Karen. Populations particulières pour la prévention du VIH/SIDA. Jeunes: revue de littérature. Institut Universitaire de médecine Sociale et Préventive; 2004.
67. <http://www.homme-moderne.org/societe/socio/bourdieu/questions/jeuness.html>.
68. Chartrain C. France. Prévention du sida : la cible « jeunes » (années 1980-2000). Mutations. 17 mars 2010;(1):75-85.
69. Beltzer Nathalie, Moatti Jean Paul, Souteyrand Yves. Les jeunes face au sida: de la recherche à l'action. ANRS. 1993.
70. Meremans P, Deschamps J-P, Deccache A. Prévention à l'adolescence et modèle biomédical, histoire et actualité. Santé Publique. 2002;14(3):275.

71. Hervé Le Bras. L'invention des populations. Biologie, idéologie et politique. Odile Jacob. 2000.
72. Go Abdonujo. La « double peine » des femmes migrantes. Transcriptases. mars 2004;(114).
73. Femme et infection à VIH en Europe: Actes du colloque. Paris: Direction générale de la Santé, Centre Européen pour la surveillance épidémiologique du sida, Sida Info service,; 1997 nov.
74. CRIPS Provence Alpes Côte d'Azur. Les femmes et l'infection à VIH/Sida. dossier de synthèse documentaire et bibliographique. sept 2008;
75. ANRS. Sida, immigration et inégalité: Nouvelles réalités, nouveau enjeux. EDK. Paris; 2002.
76. France, Maghreb et VIH, un trio complexe. Transversal n°29. avr 2006;
77. Lydié Nathalie. Les populations africaines d'île de France face au VIH/Sida. Connaissances, attitudes, croyance et comportement. INPES; 2007.
78. Roxe Grégory. Le sida, un défi à relever avec les populations migrantes. Migration Santé. premier et deuxième trimestre 1998;(94/95).
79. Nouiouat Ridha. Prévention de l'infection à VIH et migrants maghrébins. Migration santé. premier et deuxième trimestre 1998;(94/95).
80. Bitatsi-Trachet française. La prostitution féminine dans les foyers d'hébergements (ex foyer de travailleurs migrants) et la prévention de l'infection par le VIH. Migration santé. premier et deuxième trimestre 1998;(94/95).
81. Rabot Christian, May Thierry. Les médecins généralistes face à l'épidémie sida: résultats d'une enquête auprès de 415 médecins généralistes lorrains. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. aout 1994;
82. Souville M. Le savoir et le risque : appropriation et adaptation des connaissances en médecine générale. Sociétés. 2002;77(3):21.
83. ANRS. Des professionnels face au sida. Evolution des rôles, identités et fonction. 1998.
84. Rougeul Françoise, Geoffroy Yannick. Sida et la crise de la relation médecin malade. Thérapie Familiale. 1996;(1).
85. Vinas Juan Manuel, Larcher Pierre, Duriez Marc. Réseaux de santé et filière de soins. Le patient au centre des préoccupations. actualités et dossier en santé publique. sept 1998;(24).
86. Pommier J, Grimaud O. Les fonctions essentielles de santé publique : histoire, définition et applications possibles. Santé Publique. 1 févr 2007;Vol. 19(hs):9-14.
87. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. Santé Publique. 21 nov 2008;Vol. 20(5):489-500.
88. <http://www.ars.alsace.sante.fr>.
89. Gueniffrey Antoine. L'éducation pour la santé, du discours à la pratique. actualité et dossier en santé publique. sept 1996;(16).
90. Buton F. Sida et politique : saisir les formes de la lutte. Revue française de science politique. 2005;Vol. 55(5):787-810.
91. CRIPS, Médecins du Monde, AESSA. Sida, les jeunes s'expriment: 3000 scénarios contre un virus. 1994.

**RESUME :**

L'émergence du sida dans les années 1980 a bouleversé nombre de certitudes et de stratégies médicales, notamment en matière de prévention. L'épidémie a contribué à revaloriser la place de l'éducation pour la santé en France. A partir de l'étude d'un corpus de vingt-trois films de prévention contre le sida produits entre 1987 et 1999, notre thèse étudie comment l'éducation audio-visuelle pour la santé s'est développée dans ce domaine, et réfléchit à la place que peut y occuper la médecine générale. Afin de pouvoir situer ces films dans leur contexte, la première partie de ce travail porte sur l'organisation de la lutte contre le sida en France à la période concernée. La deuxième partie développe l'étude du corpus, divisé en trois périodes. Les sept films tournés avant 1994 visent principalement les jeunes et incitent à l'utilisation du préservatif par l'intermédiaire d'interviews de scientifiques. Les six films de 1994 poursuivent la promotion du préservatif en direction des jeunes, mais la forme change, notamment avec l'utilisation de la fiction. Les malades prennent la parole par l'intermédiaire des associations de lutte contre le sida. Les dix films tournés après 1994 prennent en compte l'aspect mondial et socio-politique du sida. Ils visent des publics particuliers, femmes, migrants. Le film de prévention est un moyen d'alerte et d'information. La médecine générale, à la fois proche des individus et actrice en Santé Publique, participe à créer un lien entre prévention individuelle et collective.

**Rubrique de classement :** Médecine Générale

**Mots-clés :** Education, Santé, Prévention, SIDA/VIH, Audio-visuelle, Santé Publique

**Président :** Jean-Christophe Weber

Assesseurs :

Pr Pottecher Thierry, Pr Hansmann Yves, Dr Jung Catherine

**Adresse de l'auteur :** 28 rue de l'orge 91000 Evry

