

La prévention et les soins au Chili , évolution des paradigmes.

## 2-I/ Les soins et la prévention du VIH au Chili : 1984-2015.

### 2-I-a/ Une prévention pour qui ?

La question des politiques de prévention, passant selon ONUSIDA par un encouragement aux changements comportementaux qui dépendraient souvent de changements sociaux<sup>278</sup>, suppose en premier lieu que, les deuxièmes ayant pour origine des politiques publiques et la promotion de droits, les premiers soient possibles. La condition de ces deux versant de la prévention, l'un en amont et l'autre en aval, est que les populations vulnérables soient identifiées.

La question de ceux dont la prévention de la transmission du VIH est la cible, au Chili, mérite plusieurs distinctions, puisque certaines contaminations sont la conséquence de conduites à risque tenues par les personnes elles-mêmes et d'autres de conduites à risque tenues par des personnes ou des institutions qui, dans une situation donnée, sont à l'origine de la contamination d'un tiers. Cette dernière catégorie est à diviser en deux sous catégories : d'une part les interactions imposées par des circonstances nécessaires, et de l'autre les interactions imposées par un tiers. Cette deuxième sous catégorie est à son tour divisible en deux : les contaminations verticales, dont les déterminants varient dans le temps et en fonction de contextes légaux, et les contaminations, presque jamais volontaires, issues de la légèreté comportementale d'un séropositif contaminant n'appliquant pas les règles minimales de la prévention avec ses partenaires sexuels. À notre connaissance, la seule forme contraignante de prévention ciblant des porteurs potentiellement contaminants est la forme punitive issue de la législation.

Selon les formes de la contamination, la question de la prévention se pose, soit directement comme une pratique des institutions, soit comme une pratique des individus guidés par les institutions. Dans ce dernier cas, se distinguent la prévention pour soi et la prévention pour autrui, et se pose la question des ses formes contraignantes dont la forme punitive issue de la législation et de sa

---

<sup>278</sup> UNAIDS. *Social and behaviour change programming*. Genève, 2014.

forme non contraignante qui passe par l'information, l'éducation et la prise de conscience. Dans le contexte décrit à la fin de notre première partie, celui d'organisations communautaires anomiques, les pressions communautaires et leur caractère contraignant ne font pas partie des questions que nous posons ici.

Ainsi, la prévention en santé publique, lorsqu'elle est comprise comme une forme d'éducation, pose des problèmes complexes dont il convient de livrer un aperçu. Avant toute chose, il est important de préciser qu'elle suppose une influence non contraignante sur des comportements dits à risque, et que ces derniers sont tous ceux qui, identifiés sur la base de connaissances médicales, peuvent porter atteinte à la santé des personnes et des populations. Le présupposé de telles initiatives est que les personnes sont éducatibles et que leurs conduites présentant un danger pour la santé sont accessibles à la raison. C'est la prévention dans ce qu'elle a de plus visible, puisqu'elle s'adresse à des personnes et à des collectifs de personnes en qualité de spectateurs influençables. Il est à noter que, dans le terrain de notre thèse, elle appelle toujours à ne pas se laisser contaminer et jamais à ne pas contaminer, ce qui tendrait à favoriser une attitude défensive davantage qu'une attitude de prévention proprement dite.

Mais la prévention ne se limite pourtant pas à l'évitement conscient de la transmission, puisque, dans le cas du VIH/sida, elle doit également conduire à l'identification de situations dans lesquelles les personnes sont involontairement exposées à un risque et face auxquelles elles demeurent impuissantes. Il existe donc une prévention en santé publique qui n'a pour cible les personnes qu'à travers les institutions avec lesquelles elles interagissent. L'hôpital et les hospitalisations sont à l'origine de maladies nosocomiales, et l'influence comportementale, dans ces cas-là, ne s'adresse pas aux patients, mais à des professionnels de santé et à leur hiérarchie.

La troisième forme de prévention est celle qui a trait à l'environnement quotidien. S'agissant du VIH/sida, cette idée suppose que l'existence d'une prévalence élevée dans un environnement auquel les personnes sont

soumises élèvera leurs risques de contagion, et que, en agissant sur le milieu humain, on agira sur la santé des individus. Cette idée doit être associée à celle de socialisation préférentielle et devrait conduire à des actions de prévention éducatives ciblées, mais aussi à des contacts contaminants involontaires avec des personnes infectées, comme c'est le cas de la filiation.

Le lien entre les personnes et les populations mérite un développement connexe qui doit beaucoup à Geoffrey Rose<sup>279</sup>. En réalité, dans le cas du VIH/sida, elle nous permet de distinguer des traits individuels qui conduisent à des prévalences communautaires. S'agissant de la prévention en tant qu'éducation, et de l'influence citée plus haut, cette distinction permet d'abord d'identifier deux cibles : les individus et les groupes d'individus partageant des traits comportementaux qui présentent un risque.

À ce sujet, il est important de revenir sur les raisons pour lesquelles une grande partie de notre travail concerne les HSH. Nous avons vu plus haut que l'épidémie de VIH/sida au Chili était une épidémie concentrée, c'est-à-dire concernant prioritairement des groupes de personnes partageant des habitudes et des comportements —il s'agit dans notre cas de comportements sexuels— entraînant un risque de contamination au VIH. Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes représentent 60 à 70% des cas de VIH/sida au Chili<sup>280</sup>, et du point de vue de la prévalence communautaire, nous atteignons un pourcentage estimé de 30% de porteurs lorsque nous ajoutons la situation des personnes effectivement notifiées et celle estimée de la population cachée.

Notons que la population « most at risk » elle-même n'est pas évaluable au Chili, puisque les données primaires sur la base desquelles il serait possible de la calculer n'existent pas. ONUSIDA conseille de l'évaluer sur la base d'autres chiffres, comme le nombre de consommateurs de sexe commercial, mais le

---

<sup>279</sup> ROSE Geoffrey. « Sick individuals and sick populations ». *International Journal of Epidemiology*, Volume 30. Juin 2001.

<sup>280</sup> Ce pourcentage est établi sur la base de déclarations des personnes au moment de leur notification, et il est possible que des HSH restent dans le placard et déclarent un mode de transmission hétérosexuelle.

nombre de travailleuses et travailleurs sexuels lui-même reste une inconnue<sup>281</sup>.

Nous pourrions restreindre la définition de ce qu'est une population vulnérable à l'ensemble des personnes partageant des pratiques sexuelles, mais il nous semble important de préciser que, du moins en ce qui concerne les HSH, il faut aller plus loin et tenir compte de la cohérence culturelle. La prévention ne peut pas cibler une population atomisée, et elle doit savoir où, quand et de quelle manière toucher les personnes dont elle tente d'infléchir les comportements.

Cette manière de concevoir une cohérence culturelle est d'autant plus intéressante qu'elle permet de poser des questions pertinentes sur l'existence ou non d'une culture gaie globalisée. Si l'on se penche sur le langage occidental de la prise de risque, comme *bareback* ou *fist fucking*, on constate qu'il s'est imposé dans le monde occidental. On les retrouve dans la littérature francophone sur le sujet et dans les boîtes homosexuelles de Santiago. La question de la culture gaie transnationale ne concerne cependant notre thèse qu'à l'heure de suppléer à une production insuffisante de connaissances sur le sujet qui soit spécifiquement chilienne par la production de connaissances venue de pays du Nord.

Nous avons vu plus haut que la communauté gaie Chilienne, définie de manière restreinte à travers des organisations répertoriant des intérêts communs, s'est constituée progressivement, à partir de 1989 et de la fin de la dictature, grâce à l'espace légal et médiatique que lui ont concédé des avancées sociétales et une évolution du contexte légal. Cette partie-là de l'approche que nous considérons ici doit être tenue pour légitimement unique, puisqu'elle se construit dans un dialogue avec des institutions et une société dont il serait absurde de nier le caractère proprement local. Il est en revanche toute une partie de la construction identitaire homosexuelle chilienne qui prend naissance dans une démarche et une progression qui concerne tout le monde occidental. Grâce à cette idée de communauté de communautés, nous

---

<sup>281</sup> UNAIDS. *Estimating the size of populations at risk for HIV*. Genève, 2003. UNAIDS/WHO. *Estimating the size of populations most at risk to HIV*. Genève, 2011. UNAIDS/WHO. *Estimating Populations*. Genève, 2011.

pouvons comprendre des traits non spécifiques des HSH Chiliens à travers des travaux comme ceux de l'historien de la sexualité David Halperin<sup>282</sup>, moins politiquement corrects que le travail d'Eric Fassin<sup>283</sup> en la matière.

La notion de communauté, légitimée par une partie de notre bibliographie, lorsqu'elle épouse celle de population, propre à l'épidémiologie, permet des politiques de prévention ciblées. Elle permet une démarche éducative qui tienne compte des traits partagés par des personnes dont le comportement sexuel n'est pas la seule ressemblance. L'approche qui consisterait à diviser la population générale en deux catégories selon qu'elle présente ou non des conduites à risque, semble donc improductive.

Les HSH ne sont pas la seule cible de la prévention entendue comme une démarche éducative au Chili. Nous trouvons, malgré l'uniformité des conduites à risque dans un pays où la quasi totalité des contaminations sont sexuelles, ce que nous avons appelé des segments épidémiques parce qu'ils concernent des personnes qui, d'un point de vue qui peut être défini comme socio-économique ou culturel, présentent une certaine cohérence. Les femmes ménopausées issues de milieux défavorisés, sans éducation et sans ressources propres sont l'un de ces segments, identifié par ONUSIDA avant de devenir une réalité épidémiologique dans notre terrain d'étude. Il serait tentant d'y voir l'effet d'une prédictibilité, mais nous serions plus avisés de n'y voir qu'un espace nécessaire de la prévention. Les jeunes des classes moyennes et des classes moyennes hautes sont une autre cible qui devrait être préférentielle, mais elle présente une diversité qui la rendent peu cohérente comme groupe, et elle mériterait d'être considérée comme une cible morcelée. Les travailleurs sexuels Chiliens sont une cible très importante, mais du point de vue de l'archéologie épidémiologique, puisque, même s'il demeure parmi eux des secteurs hautement vulnérables, comme les transsexuelles, ils affichent une persévérance prophylactique reconnue par les autorités sanitaires du pays.

---

<sup>282</sup> David Halperin. *How to be gay*. Harvard University Press 2014.

<sup>283</sup> Eric Fassin. *L'inversion de la question homosexuelle*. Editions Amsterdam 2008.

## 2-1-b/ Une prévention par qui ?

La prévention suppose, et cela va de soi, l'existence de services de santé, mais aussi des décisions politiques qui ne sont pas étrangères à une certaine vision de l'action politique. Cette approche nous amène à une vision optimiste de la *biopolitique*<sup>284</sup> dont les tenants et les aboutissants sont expliqués par Aquilino Morelle et Didier Tabuteau. L'objectif de la santé publique serait « de préserver et d'élever le niveau de santé des populations<sup>285</sup>. » Dans un petit ouvrage, les deux auteurs décrivent l'histoire de la santé publique et ses mécanismes de fonctionnement en précisant qu'elle se fonde sur une démarche strictement épidémiologique intégrant la surveillance, la prévention et les soins. Cette vision, politiquement orientée à gauche, est celle d'un État assumant en son nom propre une fonction pastorale.

La distinction entre des idéologies différentes déterminant l'action publique en matière de santé est perceptible dans l'histoire récente du Chili. D'un côté, comme nous l'avons vu plus haut, la primauté donnée à une gestion par le marché supposant que des assurances privées seront le meilleur gestionnaire de la santé publique. C'est le système mis en place par le gouvernement militaire (1973-1989) pendant sa période néolibérale. Et de l'autre, après 2001 et sous une présidence socialiste, la prise en charge par l'État d'un nombre croissant de pathologies dont le VIH/sida.

La question de la prise en charge est importante, et nous l'avons traitée plus haut, mais la distinction entre deux périodes facilement identifiables — dictature/démocratie — va plus loin. Elle se rapporte à deux définitions distinctes de ce que doit être la santé publique. Cette distinction passe par l'idée même de prévention, opposée à l'idée de soins aux malades. C'est le gouvernement militaire qui a le moins œuvré pour la prévention du VIH/sida au Chili. Il n'y a eu aucune campagne entre le premier cas chilien de sida, en 1984, et la fin de la dictature, en 1989.

---

<sup>284</sup> AGAMBEN Giorgio. *Homo sacer, Le pouvoir souverain et la vie nue*. Pp 129-146. Seuil 1997.

<sup>285</sup> Aquilino Morelle et Didier Tabuteau. *La santé publique*. PUF 2010.

« La fonction du SNS<sup>286</sup> n'est pas de se consacrer à mettre en place la distribution de l'eau potable ou des toilettes publiques, pas plus que de lutter contre les épidémies, mais de prendre en charge ce qui relève spécifiquement de l'attention en santé publique<sup>287</sup>. »

Au Chili, l'influence du politique sur la santé publique dépasse la simple question des soins et de la définition de la fonction de l'État en la matière. La morale privée du personnel politique y a une influence directe sur la définition même de décisions qui, dans un pays comme la France, reposent sur l'expertise et la vérité technique médicale. Cette dernière n'est pas la garantie d'une efficacité totale, puisque les connaissances médicales progressent le plus souvent depuis la méconnaissance totale d'un phénomène jusqu'à un certain niveau de savoir et d'expertise permettant la mise en place de procédures plus ou moins adaptées de prévention. L'exemple le plus marquant de cette dérive au cours des trente dernières années, puisé dans l'histoire française récente, est le scandale du sang contaminé<sup>288</sup>.

Néanmoins, l'approche depuis la vérité médicale permet de considérer le risque, un coût qui n'est pas nécessairement économique et des bénéfices en termes de santé de personnes jugées égales devant la maladie sans que leur responsabilité, celle que suppose le comportement à risque, soit pénalisante. Nul, ni les personnes ni les autorités sanitaires, n'est tenu d'adapter son comportement à des connaissances qui ne font pas encore partie de la vérité technique médicale.

En matière de santé publique et de prévention au Chili, comme nous l'avons vu plus haut, il y a eu deux tournants majeurs séparés par une lente évolution. Le premier est le retour à la démocratie, en 1989, et le deuxième l'adoption du Plan AUGÉ de prise en charge par l'État d'un nombre croissant de pathologies, dont le VIH, à partir de 2005. Le premier de ces tournants s'est traduit par la

---

<sup>286</sup> Acronyme du Système national de santé.

<sup>287</sup> Cité par Eduardo Morales. *La política de salud, Chile 1964-1978*. (p 107) Flacso, 1981.

<sup>288</sup> Aquilino Morelle. *La défaite de la santé publique*. Flammarion 1998.

mise en place de CONASIDA<sup>289</sup> en 1991 et le deuxième par sa quasi disparition en 2008.

Cette naissance et cette disparition méritent qu'on s'y arrête. En 1991, le VIH/sida était un problème émergent de santé publique. Entre 1987 et 1991, il y avait eu 1300 notifications. C'était très peu au regard du nombre de cas signalés dans d'autres pays, mais il faut considérer que le monde des médias se faisait l'écho d'une pandémie qui, sous d'autres cieux, devenait la première cause de décès des hommes de moins de 60 ans, et que la création d'instances ministérielles était non seulement la seule réaction institutionnelle possible en l'absence de traitements efficaces, mais aussi une manière de se préparer au pire.

C'était en outre, et le fait mérite d'être souligné, le signal d'un bouleversement paradigmatique dans l'art de gouverner : l'État assumait de nouveau la fonction pastorale abandonnée pendant la dictature et l'initiative privée, sans être découragée, n'était plus considérée comme la réponse la plus efficace dans tous les domaines.

Curieusement, la disparition de CONASIDA en 2008 répond à la même logique. Le nouveau retournement a eu lieu en 2001, sous la présidence du Socialiste Ricardo Lagos et a signifié le renforcement de la fonction assurantielle de l'État. Le Plan Auge, dont la description apparaît dans la première partie de cette thèse, a fourni des traitements efficaces à tous les porteurs de VIH remplissant des conditions médicalement fixées. La situation, perdant de son caractère dramatique de masse, a ramené le sida de sa définition comme maladie mortelle à sa définition comme pathologie chronique sexuellement transmissible.

2-I-c/ Les différentes méthodes et formes de prévention.

La prévention de la transmission verticale :

---

<sup>289</sup> Corporación Nacional del Sida.

Dans le cas spécifique du VIH/sida au Chili, le premier point qu'il apparaît important de souligner est que, dans un pays où il n'existe presque pas de consommation de drogues par injection intraveineuse, la très grande majorité des contaminations est d'origine sexuelle. Nous l'avons déjà précisé plus haut, ces dernières représentaient 99% des cas diagnostiqués pendant la période 2007-2011<sup>290</sup>. Le 1% restant correspondait aux transmissions verticales, c'est-à-dire d'une mère porteuse à son enfant.

Sans intervention, ces contaminations concernent entre 20% et 45% des enfants nés de mères séropositives, et les modes de transmission verticale du VIH se subdivisent comme suit : entre 5% et 10% pendant la grossesse, entre 10% et 20% pendant l'accouchement et entre 5% et 20% pendant l'allaitement maternel<sup>291</sup>. Les quatre méthodes secondaires<sup>292</sup> conseillées de nos jours pour prévenir cette transmission sont : l'avortement thérapeutique, la mise sous antirétroviraux, la césarienne et le remplacement du lait maternel par du lait maternisé. Dans les pays où ces trois méthodes sont utilisées, comme le Chili d'aujourd'hui, la contamination verticale touche 1% des enfants nés de mères séropositives.

La mise en place d'une prévention efficace de la transmission verticale par les autorités chiliennes a été progressive. À la décharge des autorités sanitaires locales, il est utile de préciser que les premières lignes directrices d'ONUSIDA concernant ce mode de transmission du VIH datent de 1999<sup>293</sup>, et qu'elles conseillaient trois méthodes : la prévention primaire consistant à prévenir la contagion des femmes en âge de procréer, la disponibilité de services de planification familiale et l'interruption volontaire de grossesse pour les femmes enceintes porteuses du virus. Il est intéressant de se pencher sur ces trois méthodes et sur leurs implications avant de passer à la prévention strictement primaire de la transmission du VIH, principal volet de cette partie de notre thèse.

---

<sup>290</sup> Source : formulaire de notification du département d'épidémiologie du MINSAL.

<sup>291</sup> Patricia Fener. « Rôle du placenta dans la transmission mère-enfant du VIH ». Sida Sciences, CNRS, 9 novembre 2009.

<sup>292</sup> La prévention secondaire est celle qui s'applique lorsque la contamination de la mère a déjà eu lieu.

<sup>293</sup> Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. ONUSIDA 1999.

L'avortement était la troisième méthode de prévention de la transmission verticale du VIH conseillée par ONUSIDA en 1999. Il va de soi qu'il s'agit d'un avortement à visée thérapeutique. Dans ses lignes directrices de l'époque, l'Organisation Internationale précise qu'il est conseillé dans les pays où la loi l'autorise.

L'avortement thérapeutique, légalisé au Chili en 1931, a été une pratique répandue sous des gouvernements aussi divers que celui d'Alessandri (1958-1964) ou celui d'Eduardo Frei (1964-1970), mais le gouvernement militaire l'a interdit dès 1974. Le texte de la Charte Fondamentale de cette année dit : « La mère doit accoucher de son enfant même s'il est anormal, même s'il n'est pas désiré, même s'il est le fruit d'un viol ou qu'elle doit mourir en le faisant<sup>294</sup>. » La violence du texte a été adoucie dans la Constitution de 1980, devenant : « La Loi protège la vie des enfants à naître. » Dans une troisième étape, en 1989 et avant de laisser la place à un pouvoir civil démocratiquement élu, l'avortement thérapeutique a été nommément pénalisé. Il a finalement été autorisé sous la deuxième présidence de Michelle Bachelet, en 2016. Il est à noter que cette légalisation s'appuyait sur le soutien de 70% de la population<sup>295</sup>. Avancée légale, donc, mais venue beaucoup trop tard, au moment où la transmission verticale du VIH n'était plus un enjeu de santé publique.

Les quatre méthodes actuelles de prévention secondaire de la transmission verticale du VIH, dont l'avortement thérapeutique sous les conditions énoncées plus haut, la mise sous ARV, la césarienne et le remplacement de l'allaitement par le lait maternisé, ont été appliquées progressivement à partir de 1996. Le nombre de nouveaux cas d'enfants porteurs a chuté de plus de 50% pendant les cinq années qui ont suivi, et plus encore à partir de 2001.

Il est important de préciser que la décision concernant le test de détection du VIH en cas de grossesse et la mise sous antirétroviraux des mères porteuses a

---

<sup>294</sup> «ACTAS OFICIALES DE LA COMISIÓN CONSTITUYENTE. Sesión 87, 14 de noviembre, página 14». Repositorio de documentos de la Ministerio Secretaria General del Gobierno de Chile. 1974. (Traduction libre).

<sup>295</sup> Rocío Montes. *El País*. 18 mars 2016.

été le vecteur d'une inégalité durement ressentie par les homosexuels séropositifs n'ayant pas accès à une prise en charge intégrale de leur traitement avant 2005. Travaillant dans une ONG et dans un hôpital universitaire entre 1997 et 2000, nous avons pu constater la confirmation dans des imaginaires déjà travaillés par l'idée du péché, entre un VIH/sida attribuable au destin et à la malchance et un VIH/sida punition. La poursuite de notre recherche au Chili, cette fois axée sur l'exigibilité d'un traitement par des populations subordonnées et culpabilisées avant 2001, révélerait probablement ce que dicte l'intuition, à savoir que peu de HSH ou de transsexuelles osaient alors exiger ce qui est ensuite devenu un droit.

#### La prévention de la transmission par voie sanguine.

La deuxième forme de contagion devenue résiduelle au Chili est la transmission transfusionnelle. La prévention de cette forme de transmission a été le test systématique à tous les donneurs. La réduction du nombre de nouveaux cas, commencée en 1992, s'est accentuée après 2002. Nous l'avons déjà précisé, mais il est utile de le rappeler, il n'y a jamais eu de « procès du sang contaminé au Chili ». Ce rappel nous permet de signaler une différence fondamentale des pratiques médicales liées au don de sang : les banques du sang chiliennes ne pratiquaient pas le *poolage*, c'est-à-dire le mélange du sang issu de plusieurs donneurs, aussi les rares contaminations concernaient-elles un donneur et un transfusé.

Au sujet des contagions transfusionnelles, il est également bon de rappeler une vertu paradoxale de la pauvreté : les programmes de prise en charge des maladies chroniques nécessitant des transfusions sanguines ou des injections de médicaments dérivés du sang n'ayant pas existé pendant la période où les dons de sang ne faisaient pas l'objet d'un contrôle, le nombre de contagions transfusionnelles de cette nature est resté extrêmement bas.

Au Chili, le contexte du don du sang donne lieu à une discrimination qui est à l'origine de l'une des revendications majeures des mouvements LGBTI : la

discrimination négative au jugé des HSH et des transsexuelles<sup>296</sup>. Les homosexuels, chez qui nous avons évalué la prévalence à près de 30%, n'ont pas le droit de donner leur sang. Le principal argument des organisations issues de la société civile pour s'opposer à cette discrimination repose sur la pratique d'un Elisa systématique et la sécurité qu'elle apporterait, et celle des pouvoirs publics sur les six semaines pendant lesquelles une personne peut être contaminée sans que ce même Elisa soit positif. En effet, le test Elisa d'une personne potentiellement contaminante peut être négatif pendant deux à cinq semaines après sa propre contamination, ce délai est appelé fenêtre sérologique ou délai de séroconversion ; il correspond à la période pendant laquelle le virus, présent dans l'organisme et transmissible, n'a pas encore provoqué de réponse immunitaire.

#### La prévention de la transmission sexuelle et ses méthodes.

Nous distinguons dans cette partie les méthodes et les formes de prévention, les premières concernant le respect de certaines pratiques, d'inspiration religieuse ou médicale, et les deuxièmes étant la manière dont un monde politique respectueux des libertés individuelles s'évertue à les promouvoir.

Le préservatif est la méthode de prévention historiquement choisie par les autorités sanitaires mondiales. Sa promotion s'appuie sur une vérité technique médicale issue de l'expertise des organismes internationaux à vocation médicale. Il convient de préciser que, s'il existe des préservatifs féminins, c'est le préservatif masculin qui fait l'objet d'une promotion. Le préservatif est une barrière physique imperméable aux virus et bactéries qui causent les maladies sexuellement transmissibles faite de nitrile, de latex, de polysoprène ou de polyuréthane. Il est recommandé de l'utiliser avec un lubrifiant, surtout pendant les rapports anaux, pour réduire les frictions qui pourraient causer sa déchirure. Son efficacité est diminuée par une mauvaise utilisation. La fréquence des mauvaises pratiques réduit l'efficacité moyenne du condom, telle qu'elle a été évaluée par les autorités sanitaires canadiennes, à 80% de protection<sup>297</sup>. Ces mêmes autorités précisent pourtant que l'efficacité d'un

---

<sup>296</sup> Notons cependant que la situation est la même dans beaucoup de pays, dont la France.

<sup>297</sup> Source : CATIE 2013.

préservatif bien utilisé est largement supérieure à ce chiffre.

Le planning familial existe au Chili depuis 1959. Nous avons retrouvé toutes les étapes de sa mise en place et de son application dans l'excellent travail de la docteure Claudia Rojas Mira, *Historia de la política de planificación familiar en Chile : un caso paradigmático*, diffusé en PDF par l'université de Playa Ancha. Selon la sociologue, le planning familial Chilien a d'abord été promu par le Parti Démocrate Chrétien sous la présidence d'Eduardo Frei (1964-1970) à partir de 1965, bien que demeurant d'initiative privée sous financement d'organisations caritatives Nord Américaines. Il s'est poursuivi sous la présidence du socialiste Salvador Allende (1970-1973), puis sous le gouvernement militaire (1973-1989) et enfin, sous les gouvernements qui ont suivi jusqu'à ce jour.

Le contrôle des naissances, sous une forme institutionnelle à partir de 1970, a été essentiellement promu en directions des milieux les plus défavorisés à travers les dispensaires municipaux. La distribution de contraceptifs oraux et la pose de stérilets, d'abord réservée aux femmes majeures éduquées, faisait l'objet de primes au prescripteur, tandis que les préservatifs étaient réservés aux mineurs des bas quartiers. Leur distribution a été systématisée depuis trente ans, et l'État Chilien importe 23 millions de préservatifs par an<sup>298</sup>.

Avant de passer de l'utilisation contraceptive du préservatif par les femmes des milieux défavorisés et de son éventuelle conséquence sur la prévalence, une dernière considération s'impose. L'une des populations émergentes de l'épidémie de VIH/sida au Chili, dont le nombre de nouvelles contaminations augmente, est constitué par les femmes mariées ménopausées sans revenus propres et avec un niveau d'éducation n'ayant pas dépassé l'enseignement primaire<sup>299</sup>. Ce que nous ciblons dans ce paragraphe, c'est la contamination qui intervient lorsque la contraception, dont celle qui privilégierait l'utilisation de préservatifs contre d'autres méthodes, n'est plus nécessaire.

---

<sup>298</sup> *The Clinic*. 7 août 2011.

<sup>299</sup> Cette population avait été prise en compte et annoncée comme une population vulnérable à laquelle il faudrait s'intéresser par Peter Piot dès 2001. Peter Piot. *Le Sida dans le monde*. Odile Jacob 2011.

Il serait tentant de mettre en rapport la sous représentation des derniers déciles de revenus parmi les porteurs du VIH telle que nous l'avons identifiée plus haut avec cette distribution contraceptive ciblée des préservatifs. Même si le raccourci est tentant, et que les indices concordants sont nombreux, nous devons laisser la confirmation ou l'infirmité de cette hypothèse pour une recherche postérieure. Il convient en revanche de préciser que cette utilisation contraceptive du préservatif, acceptée et même promue par les secteurs les plus conservateurs du spectre politique Chilien depuis plus de 50 ans, est très distincte de son utilisation destinée à la prévention de la transmission du VIH, au sujet de laquelle le débat n'a pas encore fini de s'éteindre.

L'utilisation du préservatif suppose un contrôle de soi qui n'est pas toujours compatible avec le caractère compulsif des rapports sexuels. Nous avons réalisé une enquête quantitative auprès d'un échantillon non représentatif de la population chilienne sexuellement active<sup>300</sup>, et le résultat est révélateur : 83% des personnes interrogées n'aiment pas les préservatifs, et 97% des personnes interrogées déclarent que le préservatif dégrade la qualité de leurs rapports sexuels. La promotion du préservatif est donc la promotion de quelque chose que la plupart des gens n'aiment pas, dans un objectif de santé publique.

La critique du préservatif, essentiellement par des catholiques, ne s'affiche pas comme un interdit religieux, mais comme une vérité technique médicale. Les arguments opposés au corps médical laïc ne citent pas l'interdiction de la contraception non naturelle, mais l'efficacité imparfaite de la prophylaxie. Dans tous les domaines où une vérité technique médicale laïque achoppe contre le credo de l'église catholique, cette dernière s'efforce de développer un discours aux allures scientifiques. Ainsi par exemple, lorsque Michel Geoffroy s'oppose à la PMA, il le fait au nom d'une expertise.

« Le grand prêtre de la science est, par consensus général, l'expert. Lui seul est capable d'apprécier la fiabilité des arguments

---

<sup>300</sup> Enquête réalisée en 2013.

contradictoires, est susceptible de les mettre en perspective et d'éclairer le pouvoir strictement politique qui devra porter la responsabilité des décisions<sup>301</sup>. »

L'abstinence totale de vie sexuelle est la méthode de prévention conseillée par les autorités religieuses et les experts qui en dépendent, et il est vrai que sur un plan purement individuel, elle présente une sécurité totale. Il est néanmoins important de noter que son efficacité devient nulle à l'heure d'aborder la question en termes de populations, le conseil spirituel et la direction de conscience présentant un niveau de contrainte presque inexistant qui met en concurrence des considérations comme le salut de l'âme contre un comportement compulsif et instinctif. Il apparaît qu'elle a été promue à égalité avec le préservatif ou devant lui par la plupart des gouvernements depuis 1989 et le retour à la démocratie.

La critique de la fidélité est encore plus simple que celle de l'abstinence, puisque cette dernière ne suppose pas seulement une totale confiance en un partenaire sexuel, mais cette notion étrange qu'est la confiance pleinement justifiée. Nous l'avons brièvement considérée à l'heure d'aborder la vulnérabilité associée au genre, précisant que 80% des femmes chiliennes porteuses du VIH sont monogames et ont donc été contaminées par leur conjoint, le plus souvent leur époux devant Dieu et devant l'Église. Cette méthode a également été promue par la plupart des campagnes officielles de prévention depuis 1989.

La quatrième forme de prévention que nous pouvons citer tient compte d'une réalité médicale et d'un concept. Cette réalité médicale repose sur l'effet des traitements et a été baptisée TasP<sup>302</sup> d'après son acronyme anglophone. Renée Fregosi en a rendu compte dans son article sur les nouveaux enjeux scientifiques, alors que, probablement pour garder au VIH le dramatisme sur lequel repose une partie des politiques de prévention, certains spécialistes

---

<sup>301</sup> Geoffroy Michel. *Contrainte économique et médecine*. Collège des Bernardins, 2012.

<sup>302</sup> TasP est l'acronyme de Treatment as Prévention, ou Traitement comme prévention.

omettent d'aborder le sujet<sup>303</sup>. Les premières informations, rendues publiques par les autorités sanitaires suisses et diffusées depuis dans le reste du monde, font état d'une diminution des risques de transmission par les porteurs de VIH sous thérapie antirétrovirale. D'après deux études consécutives, le risque de transmission du VIH lors d'un rapport non protégé entre personnes sérodiscordantes<sup>304</sup> serait même réduit par 20 dans le cas où le porteur du VIH est sous traitement<sup>305</sup>. Dit de manière plus optimiste, l'efficacité préventive du traitement serait de 96%.

L'avant dernière forme que prend la prévention de la transmission sexuelle du VIH est le détournement d'une pratique utilisée depuis longtemps par le personnel médical. Déjà à la fin des années 90, une personne, infirmière ou médecin, qui s'exposait involontairement en se piquant ou en se coupant avec du matériel contaminé, était soumise à un traitement ARV de trois mois pour éviter sa séroconversion. Le succès de ce qui a été appelé Traitement Post Exposition a toujours été proche de 100%. Depuis une dizaine d'années, un traitement ARV combinant plusieurs molécules sous le nom de Truvada a été mis sur le marché à cette seule fin de protection contre la contamination, et son utilisation s'est étendue aux rapports sexuels potentiellement contaminants, puis, expérimentalement, à la vie sexuelle des couples sérodiscordants. De manière prophylactique, le traitement post exposition ne devrait jamais être arrêté, et dans son utilisation première, devrait être pris avant la quarante-huitième heure suivant l'exposition au VIH. Cette dernière forme de prévention est appelée PrEP, pour Pré Exposition Prophylaxie.

La dernière méthode de prévention que nous aborderons ici tient compte de toutes les autres : c'est le dépistage. Il nous est apparu, d'entretien en entretien, que beaucoup de personnes modifiaient leur comportement sexuel après une notification de séropositivité, et que les conduites à risque concernaient principalement les porteurs non diagnostiqués. Il apparaît aussi

---

<sup>303</sup> Renée Fregosi « VIH 2017 : de nouveaux enjeux scientifiques, politiques et éthiques » Le Figaro Vox 25 juillet 2017.

<sup>304</sup> Deux personnes sont dites sérodiscordantes lorsque l'une est porteuse du VIH et l'autre non.

<sup>305</sup> Ces études sont celle menées par Partners in Prévention en février 2010 et l'essai HTPN 052 dont les résultats ont été annoncés en mai 2011 par les NIH (instituts nationaux de la santé des États Unis).

qu'il est la condition préalable à une mise sous traitement, pour soi ou pour sa/son partenaire sexuel.

#### La prévention de la transmission sexuelle et ses formes.

Si nous distinguons les méthodes et les formes, c'est que les premières concernent des comportements et les deuxièmes des moyens d'infléchir des comportements. Dans l'histoire récente du Chili, l'adoption de ces comportements a le plus souvent été laissée au libre choix de chacun par des pouvoirs publics qui les ont longtemps présentés comme équivalents. Cette incitation a mis 30 ans à s'inscrire dans le respect scrupuleux des lignes directrices de l'OMS et d'ONUSIDA, c'est-à-dire dans la promotion systématique et univoque du préservatif, sans qu'il soit possible de trancher clairement en faveur d'une volonté consensuelle ou d'une progression ralentie de la sécularisation et de la vérité technique laïque contre la norme morale.

Il existe une forme de prévention qui se veut contraignante : celle qui utilise le code civil et le code pénal comme une sorte de menace. Cette manière de prévenir l'infection ne vise pas l'individu qui pourrait être contaminé, mais l'individu qui pourrait être contaminant. Elle fonctionne en ce sens à rebours de la quasi totalité des formes de prévention, qui incitent les personnes saines à se préserver d'une contamination.

Dans ce volet, celui de la contrainte légale, le Chili a toujours suivi des orientations qui s'inscrivent dans la droite ligne de celles d'ONUSIDA et de l'OMS postérieures à 2002. Cette année-là, un document des organismes internationaux conseillait un usage médical des procédures légales, donnant pour objectifs de la pénalisation la neutralisation, la rééducation, la punition et la dissuasion<sup>306</sup>, c'est-à-dire la dénonciation des contaminants, leur arrestation, leur traduction devant la justice et leur condamnation, mais les gouvernements chiliens démocratiques ont toujours été plus proches des lignes directrices qui, à l'instar de celle publiée en 2011<sup>307</sup>, appellent à protéger les porteurs du VIH

---

<sup>306</sup> Richard Elliott. *Droit pénal, santé publique et transmission du VIH. Étude des politiques possibles*. ONUSIDA 2002.

<sup>307</sup> UNAIDS, WHO, Guidelines on populations most at risk for HIV. 2011.

contre les conséquences légales de la contaminations d'un tiers. Cette mesure est justifiée par des arguments médicaux, une personne se sachant responsable d'une contamination acceptant la médicalisation, y compris celle de sa sexualité, d'autant plus facilement qu'elle se sait protégée des conséquences légales de ses comportements à risque.

En 2013, pendant la présidence libérale conservatrice de Sebastián Piñera, une autre forme de contrainte légale a été décidée : l'information obligatoire de la séropositivité de leurs patients à leurs partenaires sexuels par les médecins. Cette mesure aurait pu s'inscrire dans une judiciarisation progressive des contaminations, mais il n'en a rien été. C'est que, dans les faits, beaucoup de contaminés ont à leur tour été contaminants, et que la logique de la prévention, telle qu'elle est assumée par la plupart des porteurs que nous avons rencontrés, est la logique d'une « vie bonne » dans la quelle on prendrait soin de ne pas adopter des conduites à risque.

Marta: « Je ne sais pas qui m'a contaminée. Ce serait injuste d'accuser quelqu'un et de ne pas assumer ma responsabilité. C'était la faute de la promiscuité. À l'époque, je considère que je versais dans la promiscuité. C'est parce que je n'avais pas de compagnon stable. Je crois que c'est pour ça, mais je ne peux pas me mettre à calculer pour savoir qui m'a contaminée<sup>308</sup>. »

La promiscuité revient souvent dans nos entretiens, elle était citée par Jaime ou par Marta comme leur « vie d'avant », et le sida, mal du corps, les avait en quelque sorte guéris d'un mal de l'âme. Les normes morales sont à ce point intériorisées, que chacun se jugeant responsable de sa propre contamination, la judiciarisation est le plus souvent impensable.

Marco (*Acción Gai*) : « Il n'y a pas de procès pour contamination parce que le pays fonctionne selon un principe : c'est à moi de prendre soin de ma santé et pas aux autres. Si je suis contaminé,

---

<sup>308</sup> Entretien concédé en avril 2013.

c'est moi le coupable, pas lui, pas celui qui me l'a transmis. Dans le cas des femmes, aucune n'a dénoncé son partenaire. Dans le cas des femmes que je connais, elles ont toutes été contaminées par leurs conjoints. C'est généralement au moment où leurs femmes commencent à vivre avec le virus que les hommes reconnaissent leur bisexualité. Ils la reconnaissent tous après coup<sup>309</sup>. »

Ce témoignage est illustratif d'idées schizo-phréniques qui, si elles ne sont que rarement exprimées, sont implicites dans le discours religieux : la faute de la contamination revient aux contaminés, et les femmes contaminées le sont en « accomplissant leur devoir conjugal ». Dans tous les cas, la contamination provient d'abord de l'ignorance.

La seule forme non contraignante que peut prendre la prévention repose sur l'information. La diffusion d'informations diverses a été très importante dès le début de l'épidémie, mais la plupart des médias ont utilisé le concept de liberté éditoriale de manière orientée, et il a longtemps été difficile pour les citoyens non concernés directement de trouver des connaissances dignes de foi et dûment validées. Les instances sanitaires elles-mêmes ont longtemps affirmé la validité de méthodes de prévention délaissées par les Organismes Internationaux depuis les années 80 du vingtième siècle.

Cecilia Sepulveda, doyenne de la Faculté de Médecine de l'Université du Chili : « Au Chili, les informations sur le préservatif ont été retenues par les milieux conservateurs et religieux. Tout a été très lent. Le mot même préservatif... Plusieurs spots télévisés qui y faisaient clairement allusion ont été censurés par des chaînes de télévision, Canal 13 et Megavision, pour ne pas les nommer. Ils considéraient que c'était contraire à leurs valeurs. C'était envisagé comme une question de valeurs et non comme un enjeu de santé publique. Il y a eu des argumentations visant à

---

<sup>309</sup> Entretien concédé en avril 2015.

discréditer la capote sur la base d'un manqué d'efficacité et qu'il ne l'est que dans 99,9% des cas. C'est fondamentalement une question liée à la religion. Je ne sais pas à quel point la Démocratie Chrétienne peut contrôler le discours moral de la *Concertación*. Je crois que c'est un discours qui leur est propre<sup>310</sup>. »

Ce qui a longtemps été en jeu, c'est une opposition sur les termes même de la vérité médicale. Dans un cas, des médias de masse utilisaient toute la puissance de leur influence pour promouvoir un comportement idéal sans prise avec la réalité, et dans l'autre, un État craintif ou noyauté par des idées issues de la morale religieuse intégrait une partie de ce même comportement idéal au discours officiel.

Le modelage des comportements, celui dont nous avons parlé en premier et qui fait appel aux techniques habituelles de la communication, est jugée inefficace par certains médecins qui, à l'instar du docteur Beltrán, constatent l'augmentation constante des nouveaux cas parmi les jeunes et parmi les femmes de plus de 50 ans. Dans une interview datée du 8 août 2016, celui-ci précisait que « toutes les campagnes que nous voyons ont pour objectif les modifications des comportements, mais depuis vingt ans, ces derniers vont dans le sens contraire<sup>311</sup> ». Cette affirmation nous semble être un constat incomplet en ceci qu'elle ne peut considérer ce que serait la réalité épidémiologique en l'absence de toute communication institutionnelle en matière de VIH/sida, et qu'elle omet certaines réalités.

Il convient par exemple de préciser que, au Chili, 50% des premiers rapports sexuels ont désormais lieu avec un préservatif masculin. Notre propre constat, mitigé, considère plutôt les traits propres de populations qui ont été oubliées par la prévention et les errements de cette dernière, privilégiant, au gré des alliances et des prééminences de tel ou tel secteur du spectre politique, des

---

<sup>310</sup> Entretien réalisé en mars 2015.

<sup>311</sup> Tele 13 AM. Infectólogo de Corporación SIDA Chile : « La prevención no puede hacerla el Minsal solo ». Canal 13. 8 août 2016.

pratiques qui, pour être idéalement efficaces, n'en sont pas moins fort éloignées de la réalité.

Il est pertinent d'analyser les différentes campagnes de prévention diffusées par le Minsal entre 1990 et 2016 en fonction des populations ciblées, et ceci, non seulement à travers des classes d'âge, des niveaux socio-économiques ou des orientations sexuelles, même si ceux-ci restent pertinents, mais également à travers cette classification épidémiologique qui distingue les porteurs notifiés de la population cachée<sup>312</sup>. La justesse de cette idée repose sur un constat qui était déjà celui de Janine Pierret<sup>313</sup> lorsqu'elle enquêtait et auquel nous avons pu nous livrer pendant notre terrain : la plupart des porteurs diagnostiques réduisent leur activité sexuelle et ils sont très nombreux à n'en pas avoir, faisant de la population cachée la principale ressource épidémique. C'est ce que nous allons analyser à présent.

#### 2-l-d/ La détection et la prévention.

Le premier point sur lequel il est important de revenir, c'est l'absence de gratuité de la détection, les personnes devant payer une partie du montant du test pratiqué en fonction de leur classement A,B ou C par le système public de santé, dépendant de leur niveau de revenus. Le deuxième point, essentiel, c'est que le nombre de tests pratiqués reste réduit si on tient compte de la volonté officielle des années 2006 à 2014 : axer l'essentiel des campagnes annuelles sur sa promotion. Il y en aurait eu 800.000 en 2012, contre cinq millions en France<sup>314</sup>. C'est cette faillite de la détection qui est probablement à l'origine du faible écart entre les cas de VIH asymptomatique et les diagnostics tardifs tels qu'ils apparaissent dans les graphiques N°1 et N°2<sup>315</sup>.

---

<sup>312</sup> La population cachée est constituée par toutes les personnes qui sont infectées sans le savoir. Les estimations du Minsal considèrent que 20.000 à 30.000 chiliens sont porteurs du VIH sans avoir été diagnostiqués. D'autres sources l'évaluent à 50.000 personnes.

<sup>313</sup> PIERRET Janine. *Vivre avec le VIH*. PUF 2006. Mais aussi : ARTIERES Philippe et PIERRET Janine. *Mémoires du Sida. Récit des personnes atteintes, France 1981-2012*. Bayard 2012.

<sup>314</sup> Philippe Morlat. *Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH. Rapport 2013*. Paris, La documentation Française 2013.

<sup>315</sup> Voir Annexes à la fin de cette thèse.

Le dépistage fait partie de la surveillance épidémiologique, mais c'est seulement lorsqu'il est mené à grande échelle qu'il peut permettre une surveillance de deuxième génération et la constitution d'échantillons permettant des enquêtes sérologiques sentinelles<sup>316</sup>. Ces dernières requièrent une segmentation de la population sur la base d'informations que, la plupart du temps, les autorités sanitaires chiliennes n'ont pas et un grand nombre d'échantillons traités. Au Chili, seules peuvent donner lieu à ce genre de travail statistique la population HSH et les femmes enceinte. Dans ces conditions, le calcul de la population cachée, c'est-à-dire de ces porteurs qui ne connaissent pas leur statut sérologique, ne peut être qu'une estimation sommaire<sup>317</sup>.

Valeria Stuardo, Institut de Santé Publique : « La population cachée n'est pas calculée. Il y a des projections, entre vingt mille et quarante mille, calculées sur la base des lignes directrices d'ONUSIDA. C'est un calcul tenant compte de la projection des cas dans le temps. Ce qui n'est pas calculé, c'est la prévalence dans les populations difficilement accessibles, puisqu'il n'existe qu'une vigilance de première génération, et pas de deuxième<sup>318</sup>. »

Le nombre de tests positifs était de plus de 4.000 dans le pays en 2013, contre 6.325 en France pour la même année, ce qui, si on le rapporte à la différence en termes de population, place le Chili au-dessus de la France pour le nombre de nouveaux cas par habitant. En nombres absolus de nouveaux cas de VIH, mais sans que nous puissions l'affirmer, le Chili aurait même dépassé la France en 2017. Proportionnellement moins de tests pratiqués et plus de cas notifiés. Cette donnée est à interpréter conjointement avec les trois aspects des politiques publiques en matière de VIH/sida tels qu'ils ont été cités plus haut, à savoir la prise en charge des traitements, les choix en matière de prévention, et la promotion du dépistage.

---

<sup>316</sup> OMS/ONUSIDA. *Recommandation pour les enquêtes sentinelles concernant le VIH*. Genève, 2004.

<sup>317</sup> Lisa Johnston, Keith Sabin, Dimitri Prybylski. « Update for sampling Most-at-Risk and Hidden Populations for HIV Biological and Behavioral Surveillance ». jHASE 2009. [[https://www.researchgate.net/publication/259758910\\_Update\\_for\\_sampling\\_most-at-risk\\_and\\_hidden\\_populations\\_for\\_HIV\\_biological\\_and\\_behavioral\\_surveillance](https://www.researchgate.net/publication/259758910_Update_for_sampling_most-at-risk_and_hidden_populations_for_HIV_biological_and_behavioral_surveillance)]

<sup>318</sup> Entretien réalisé en avril 2014.

Il apparaît que, sur la totalité de la durée séparant l'introduction des tests de détection au Chili et l'année 2014, il y a eu une variation importante de la proportion entre les tests pratiqués et les retours positifs. Au vu des chiffres, ce n'est pas à mettre au compte d'une plus grande pénétration du dépistage, mais d'un plus grand nombre de retours positifs par test pratiqué. Les résultats sur 20 ans tendraient à indiquer qu'un nombre important de personnes ont pratiqué un ÉLisa en suspectant leur séropositivité. Il y aurait souvent, à l'origine de la pratique de détection, un auto diagnostic reposant sur la connaissance que les personnes ont de leurs conduites à risque.

Jaime : « Je me sentais pas en bonne santé, entre un moment donné et ce moment-là, j'ai senti que je n'étais pas le même. Mes rhumes duraient plus longtemps. Je sentais ce qui était en train de m'arriver. À cause des peurs, parce qu'à l'époque, il était vraiment question de mort, j'ai fait comme si de rien n'était. Je n'ai pas voulu y accorder de l'importance. Après, le temps passant, j'ai compris que oui... je repoussais toujours le moment d'aller voir un médecin pour me faire l'examen<sup>319</sup>. »

S'il nous est souvent arrivé de rencontrer des porteurs qui connaissaient leur statut sérologique avant même d'avoir pratiqué un test de détection, ou qui le soupçonnaient, ce n'était pas toujours pour des raisons médicales ou en vertu de pathologies opportunistes et d'un déclin général de l'état de santé, mais en vertu de comportements à risque clairement identifiés. Cela n'empêche pourtant pas les entrées tardives dans un parcours de soins.

Un fait remarquable en ce qu'il est à l'origine de diagnostics tardifs est la non appartenance à une population vulnérable, ou *most at risk* selon la taxinomie d'ONUSIDA. Il est beaucoup plus difficile pour ces personnes de craindre ou de supposer une éventuelle séropositivité au VIH. Ces personnes, ni HSH, ni femmes dépendantes, ni toxicomanes, et n'ayant pas de conduites à risque, ne

---

<sup>319</sup> Entretien réalisé en mai 2013.

rentrent dans aucun des segments sur la base desquelles peuvent être développées des politiques publiques. Ils sont « hors statistiques » et constituent une part marginale de l'épidémie, et parce qu'ils sont une part marginale de l'épidémie, ils sont moins accessibles à la prévention. Il s'agit de populations qui, avant une détection, sont cachées au sein de la population cachée.

Doublement occultées, en quelque sorte, ces personnes représenteraient un danger pour autrui, mais aussi, parce qu'elles sont loin de soupçonner leur statut sérologique positif, pour elles-mêmes, puisqu'elles sont celles dont les diagnostics seront les plus tardifs. Si, dans l'illusion d'une totale sécurité, ces populations sont peu perméables à la prévention, elles sont accessibles au chercheur lorsque leur contamination a été avérée, et les quelques cas que nous avons rencontrés ont fait état d'un enchaînement de contaminations que l'on peut appeler « en cascade ». L'ignorance d'une vulnérabilité qui, pour être variable d'un segment de la population à un autre n'en touche pas moins l'ensemble de la société, n'empêche pas seulement de veiller sur soi-même, elle empêche aussi de veiller sur autrui. Les drames qui en résultent suivent le parcours complexe de socialisations « normales ».

David : « J'ai mené une vie sur une base donnée : tout allait bien. J'étais un môme, je n'ai pas demandé (...). Je ne croyais pas courir davantage de risques qu'un citoyen lambda. Comme la prévalence au Chili était infime... on parlait de 200 porteurs. Ça a été un choc. (...) Quand j'ai été notifié... quand on t'annonce un truc comme ça, tu n'as pas l'esprit très clair ; il y avait la responsabilité envers Carmen...<sup>320</sup> »

Nous terminons ce sous chapitre en précisant que le diagnostic a deux effets sur la prévalence et les nouveaux cas : d'une part, comme nous l'avons précisé plus haut au sujet du TasP, ou traitement comme prévention, les personnes notifiées sont souvent sous traitement et sont moins contaminantes

---

<sup>320</sup> Entretien réalisé en juin 2014.

que les personnes sans traitement ou non contaminantes, et d'autre part, elles ont une approche très différente du risque. Janine Pierret l'avait remarqué dans sa recherche de 2006<sup>321</sup>, et nous en avons trouvé des expressions répétées dans notre propre terrain : il y a souvent, chez les porteurs diagnostiqués, une modification marquée des comportements sexuels dans le sens d'une relative abstinence.

Jaime : « Je n'ai personne et ça ne me manque pas. Avec ce que je fais, et même si ce n'est pas comparable... depuis toujours, depuis mon enfance, ce qui était essentiel c'était l'amitié. Quand des amis ont failli, ça a été terrible, mais quand j'ai eu des bons amis, et ça implique le respect, ça ne me pose aucun problème de leur dire que je les aime. L'amitié est fondamentale, et ça me satisfait pleinement<sup>322</sup>. »

## 2-l-e/ La prise en charge médicale.

Le traitement médicamenteux du VIH a deux effets sur l'épidémie qu'il convient de mentionner encore. D'une part il diminue les cas de sida et la mortalité liée à la maladie, et d'autre part, massivement utilisé, il a un effet sur la charge virale communautaire et réduit le nombre de nouvelles contaminations. C'est sur la base de cette idée que l'ONUSIDA a pu promouvoir des stratégies de réduction drastiques des nouveaux cas.

« Through concerted action to scale up HIV testing and treatment services, the Canadian province of British Columbia increased the use of antiretroviral therapy 6.5-fold from 1996 to 2012. During this time, the incidence of AIDS fell by 90%, the incidence of HIV infection dropped by 42% and the number of people newly diagnosed with HIV declined by 66%<sup>323</sup>. »

---

<sup>321</sup> Janine Pierret. *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès des personnes infectées*. Paris, PUF 2006.

<sup>322</sup> Entretien réalisé en avril 2013.

<sup>323</sup> UNAIDS. *Treatment 2015*. (p 8) Genève, 2015.

En toute logique, la pénurie de médicaments contre le VIH/sida au Chili ne s'est manifestée qu'à partir de leur mise sur le marché, en 1995. Il y avait bien eu des protocoles de mise sous Zidovudine à partir de 2001, mais de manière expérimentale dans des CHU et des Cliniques Universitaires et sans généralisation des prescriptions. En 1996, certains centres hospitaliers ont commencé à en fournir aux femmes enceintes, mais cette pratique n'est devenue systématique qu'en 1997.

L'année 1997 et l'année 1998 ont connu une première modification des dispositions institutionnelles sur le VIH/sida, et des médicaments ont commencé à être distribués par FONASA, le système de santé public. À partir de ce moment-là, il a été conseillé aux séropositifs du système de santé privé de demander leur transfert depuis les assurances privées à FONASA. Cette période correspond à notre exercice au sein de l'hôpital universitaire J.J. Aguirre et à une mission déterminée par les conditions de pénurie.

Daniel : « J'ai été notifié en février et ensuite le médecin m'a dit : « tu as ça et ça. Ici, j'ai deux médicaments que tu dois prendre ». Je me suis avancé pour le prendre et il les a retirés. Il a continué : « quant tu achèteras ce médicament-ci, je te les donnerai ». Il m'a dressé une ordonnance. À l'époque, on te donnait une bi-thérapie. Je devais acheter l'autre médicament. Chaque flacon coûtait 500 euros. C'était beaucoup d'argent. Il fallait acheter le plus cher. C'était le plus cher et le plus efficace, avec de meilleurs effets secondaires que les autres<sup>324</sup>. »

Dans le cadre de notre travail au sein du CHU José Joaquín Aguirre, dont l'essentiel consistait à constituer des réseaux solidaires autour de patients séropositifs pour leur permettre de financer des traitements, nous avons été témoins des conditions dans lesquelles un nombre réduit de bithérapies était distribué. À l'heure de considérer le passé, et considérant la possibilité d'un regard critique, il est important d'avoir à l'esprit l'impératif d'efficacité

---

<sup>324</sup> Entretien réalisé en avril 2013.

thérapeutique. Il était essentiel d'attribuer un ou deux médicaments aux personnes qui seraient en mesure de financer ceux qui feraient défaut. Il va de soi que la situation était de nature à générer des sentiments d'injustice, que les laissés pour compte pouvaient vivre leur situation comme une sélection par l'argent, que des personnes sont mortes de n'avoir pas pu réunir sur la durée la somme d'argent qui leur aurait permis d'attendre des temps plus cléments, mais il est évident que fournir une thérapie partielle inopérante était en ce temps-là un leurre dispendieux qui privait d'une chance de survie des personnes qui n'étaient pas moins méritantes pour avoir de l'argent.

Cecilia Sepúlveda, Doyenne de la Faculté de Médecine de l'Université du Chili : « Avant, qu'ils soient dans le système public ou dans le système privé, les gens n'avaient pas accès aux traitements. Dans le système public, à partir de 1997-1998, on disposait de certains ARV en monothérapie et en bithérapie. Après, il y a eu des trithérapies, mais le système public ne disposait pas de tous les ARV et pas en quantités suffisantes. Il y a eu des patients qui n'ont jamais atteint les trithérapies. Dans le privé, les patients qui en avaient les moyens accédaient aux traitements<sup>325</sup>. »

Notre mission au sein du CHU de l'Université du Chili dont nous avons déjà précisé qu'elle consistait pour l'essentiel à constituer, autour des patients qui avaient besoin d'un traitement, des réseaux solidaires de personnes qui s'engageaient à financer les médicaments manquants. Dans ces circonstances, nous avons pu détecter quels facteurs étaient de nature à perturber ou rendre impossible notre travail. Si la sélection ne se faisait pas dans ce cas sur les revenus personnels, elle se faisait le plus souvent sur les conditions qui permettaient à des hommes homo ou bisexuels de faire un *coming out*. C'était alors à l'âge et au niveau d'éducation d'intervenir comme variable d'ajustement.

---

<sup>325</sup> Entretien réalisé en mars 2015.

Ensuite, entre 1998 et 2001, le nombre de trithérapies disponible a augmenté, mais toujours en quantité insuffisante pour les besoins du pays. Parmi toutes les personnes ayant besoin d'un traitement, sur la base de critères faisant intervenir le niveau de CD4, la charge virale et l'apparition de maladies opportunistes, certains étaient tirés au sort pour recevoir une trithérapie complète.

Marco : « Il y avait encore un tirage au sort des ARV. Si un hôpital avait 40 porteurs de VIH qui avaient besoin d'un traitement et qu'il n'y avait que 20 places, l'infirmière en chef tirait les 20 trithérapies au sort. Le traitement a été accessible pour tous à partir de 2007. Tous ceux qui en ont besoin y accèdent. La limite est de 300 CD4. Les gens du service de santé publique les ont gratuitement, et c'est couvert à 80% pour les gens du privé. Aujourd'hui, une thérapie coûte autour de 40.000 pesos par mois. (...) Il y a des cas dramatiques Je me souviens des l'époque des tirages au sort. Des femmes avaient droit aux traitements et elles demandaient à l'infirmière s'il y en avait pour leur mari. S'il n'y en avait pas pour eux, elles demandaient qu'on attribue leur lot à leur mari, parce que c'était eux qui devaient aller bien. Après avoir été contaminées par eux, elles mettaient en danger leur santé pour aider leurs maris<sup>326</sup>. »

De 1996 à 2001, des ONG ont fourni un certain nombre de trithérapies à des patients sélectionnés selon des critères qui pouvaient privilégier l'indigence, le genre ou l'orientation sexuelle. Il est à noter que si cette fonction a assuré la notoriété et la réputation morale de certains mouvements issus de la société civile, la distribution effective de médicaments ne couvrait que 3% des besoins nationaux calculés sur les bases du besoin médical effectif tel qu'il était défini par le MINSAL en 2004, et que cette couverture partielle n'était effectivement assurée que dans la région de Santiago, dite Région Métropolitaine.

---

<sup>326</sup> Entretien réalisé en avril 2015.

Il est à noter que le premier mode de sélection par l'État des bénéficiaires des premiers traitements par ARV au Chili fonctionnait un peu comme les dilemmes moraux mis au point par Lawrence Kohlberg au début des années 80<sup>327</sup>. Il fallait sacrifier certaines personnes pour en sauver d'autres sur la base de critères qui n'étaient jamais totalement justes. Le deuxième mode de sélection, sans être plus ou moins injuste, puisque les médicaments étaient fournis intégralement et que leur efficacité dépendait seulement du niveau d'adhésion au traitement des patients, évitait aux autorités sanitaires d'avoir à choisir ceux qui y auraient accès. Le tirage au sort a été pratiqué dans beaucoup de pays, dont la France.

Cecilia Sepúlveda, Doyenne de la Faculté de Médecine de l'Université du Chili : « Cela a changé en 2002. Cela s'est étendu. La période s'appelle même période d'expansion de la thérapie antirétrovirale. Au moment de l'inclusion dans le Plan Auge, en 2005, la plupart des patients qui en avaient besoin recevaient déjà un traitement<sup>328</sup>. »

Il est important de noter que, outre le critère d'attribution, il existait un critère de maintien dans les programmes d'attribution ; l'observance. Répondant aux mêmes normes de rationalité, elle était mesurée à l'aide d'examens de charge virale, réputée indétectable après quelques semaines de traitement. La question logique que l'on peut se poser est celle de l'efficacité relative de certaines combinaisons thérapeutiques en présence de mutations du virus, pouvant donner lieu à une accusation infondée de mauvaise compliance, mais nous ne pouvons émettre à ce sujet qu'un vague soupçon, puisque nous n'avons trouvé aucun porteur qui ait vécu l'expérience d'une radiation.

Le Chili a connu une évolution rapide à partir de 2001 et de la période dite d'expansion du traitement ARV. Dans les trois années qui ont suivi cette généralisation, le nombre de décès par sida est tombé de 3,5 à 2,5 pour cent

---

<sup>327</sup> L. Kohlberg ; Ch. Levine ; A. Hower. *Moral stages : a current formulation and a response to critics.*, NewYork, Karger ,1983.

<sup>328</sup> Entretien réalisé en avril 2015.

mille habitants. Cette année-là, 23% des porteurs diagnostiqués qui en avaient besoin étaient sous traitement, le pourcentage s'élevant à 98,4% en 2003. Ces 98,4% étaient calculés sur la base de tous les porteurs diagnostiqués adhérant au système de santé publique et ayant un taux de CD4 inférieur à 200/ml de sang ou présentant des maladies opportunistes.

Entre 2000 et 2004, le financement étranger des traitements ARV, à travers le Fonds Mondial<sup>329</sup>, a été multiplié par plus de vingt, atteignant 13% des dépenses nationales en la matière. À partir de 2005 et de l'inclusion du VIH/sida dans le plan de prise en charge à 100% de certaines pathologies, l'État Chilien a commencé à financer la totalité des traitements, ainsi qu'une partie des contrôles biologiques et des soins associés. Aujourd'hui, au chapitre « Chili » du Fonds Mondial, on trouve l'explication suivante : « Chile, a high-income country in South America, has transitioned from Global Fund support to a government-supported program. »

Le critère des pays à hauts revenus est défini par la Banque Mondiale et il a un effet sur le tarissement des aides internationales, mais aussi sur les prix fixés par les laboratoires. Nous avons précisé par ailleurs que le Chili ne dispose pas des capacités techniques de fabrication des principes actifs des ARV, et qu'il a privilégié ses relations commerciales avec ses partenaires du Nord en respectant les normes de l'OMC et les aspects de la propriété intellectuelle relatifs au commerce en ne distribuant des génériques que depuis peu. La question a été abordée dans la partie de cette thèse consacrée aux dispositions légales en matière de VIH/sida.

Nous avons évoqué plus haut la distinction entre assurés du secteur public et assurés du secteur privé dans l'accès aux traitements. Cette distinction a cessé d'être pertinente en 2005, avec l'inclusion du VIH/sida dans la liste de pathologies couvertes par le Plan AUGE de prise en charge d'un nombre croissant de pathologies. Pendant la deuxième présidence de Michelle Bachelet, ce Plan a trouvé un complément dans une nouvelle disposition : le

---

<sup>329</sup> Le Fonds Mondial centralise et distribue l'aide internationale en matière de VIH/sida, mais aussi d'autres maladies.

droit opposable à un traitement non listé, mais le cas spécifique de médicaments non listés pour traiter le VIH/sida ne s'est jamais présenté à ce jour.

Ernesto Ottone, Professeur de Science Politique à l'Université Diego Portales, ancien secrétaire de la CEPAL et conseiller du Président Ricardo Lagos pendant tout son mandat : « plus on avançait dans les politiques publiques et plus il apparaissait que le VIH était un thème prioritaire, très important et délaissé par le passé. Comme il y avait une graduation dans la progression du plan Auge... Nous avons commencé avec quelques maladies catastrophiques. Nous avons réalisé des études sur les chiffres et les quantités. Il y avait des études croisées qui tenaient compte des montants et de l'étendue du problème. On ajoutait des pathologies sur la base d'études qui croisaient différents aspects : coût, prévalence. Je ne sais pas pourquoi le sida a été ajouté en 2005, mais on savait depuis longtemps que le sida allait être ajouté puisqu'il associait les coûts du traitement et l'importance qu'il revêtait pour certains secteurs de la population<sup>330</sup>. »

Si les conditions d'accès aux ARV permettent aujourd'hui à plus de 23.000 personnes de recevoir des traitements gratuitement, des conditions d'inégalité se présentent qui déterminent leur efficacité.

Marcelo Wolf, chef du département d'infectologie de l'hôpital San Borja Arriarán et fondateur de la Cohorte Chilienne de Sida : « J'ai des médicaments efficaces, j'ai des examens, j'ai un hôpital qui fonctionne, ce qui me manque, c'est l'observance. Beaucoup de patients ne prennent pas leurs médicaments. Si vous connaissez un moyen de les y amener, je vous serais reconnaissant de me le dire<sup>331</sup>. »

---

<sup>330</sup> Entretien réalisé en juin 2016.

<sup>331</sup> Entretien réalisé en avril 2014.

La question de l'observance apparaissait comme déterminante dans l'application des politiques publiques en matière de VIH entre 1998 et 2001, elle reste primordiale aujourd'hui, mais d'une manière différente qu'il convient d'aborder en quelques lignes. Le maintien dans les programmes d'attribution de traitements ne dépend plus de l'observance, mais l'augmentation des coûts en matière de VIH est directement liée à une *compliance* imparfaite, puisque à la suite des médicaments de première lignée devenus inefficaces en raison de cette dernière, il faudra passer à des médicaments de deuxième lignée plus dispendieux.

Valeria Stuardo, Institut de Santé Publique : « Si tu es dans un pays où le défaut d'observance global est de 40%, le pourcentage de fonds destinés aux traitements ne baissera jamais en dessous des 95% dont je te parlais, et le financement des traitements deviendra déficitaire. Les patients ont une si mauvaise adhésion qu'un traitement A ne leur sert plus à rien, ils doivent passer à un traitement B, puis C et ainsi de suite ; les coûts augmentent. Et en plus, cela augmente le taux de mortalité par sida. C'est un cercle vicieux assez clair, même si j'ignore à quel point il est clair pour les décideurs : si la question n'est pas prise à la racine...<sup>332</sup> »

Si la question de la sélection par l'argent pouvait sembler injuste à première vue lorsque nous l'évoquons plus haut, celle de l'observance semble traduire un choix individuel légitime. Pourtant, elle est soumise à des déterminants sociaux de manière aussi sélective que certains comportements à risque, et cette fois, ce ne sont pas les classes moyennes ou aisées qui sont vulnérables au risque.

Selon les « Guides Cliniques » du MINSAL<sup>333</sup>, tout porteur du VIH dont les CD4 sont tombés à moins de 350 par ml de sang ou qui présente des maladies

---

<sup>332</sup> Entretien réalisé en avril 2014.

<sup>333</sup> MINSAL. Guía Clínica AUGÉ. Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/sida. Serie Guías Clínicas, 2013.

dites opportunistes doit faire l'objet d'une mise sous traitement. Le traitement doit comporter un minimum de trois molécules antirétrovirales. De même, comme nous l'avons précisé plus haut, toute porteuse du VIH enceinte doit faire l'objet d'une mise sous ARV. Ces conditions ne correspondent pas tout à fait aux lignes directrices de l'OMS et d'ONUSIDA, mais elles s'en approchent et constituent une amélioration substantielle de leurs conditions de vie pour des milliers de porteurs du VIH.

Dans cette thèse, il a souvent été question du concept foucauldien de véridiction technique en tant que fonction des Organismes Internationaux, et de la progression ascendante des normes nationales chiliennes en matière de prévention et de soins vers l'adéquation avec les lignes directrices de l'OMS et d'ONUSIDA. En 2015, ces Organismes Internationaux faisaient la promotion d'une mise sous ARV dès le diagnostic<sup>334</sup>. Dans les faits, s'il a fallu quelques années pour que les autorités sanitaires Chiliennes s'inscrivent dans une dynamique qui les amènerait progressivement à une prise en charge dont les caractéristiques médicales ont quelques années de retard sur les lignes directrices des Organismes Internationaux, le discours de ces derniers constitue bien le modèle à suivre. Il y a bien, en matière d'ARV, une vérité technique à laquelle le Chili tente de s'adapter, et qu'aucun gouvernement n'a remis en question pendant les quinze dernières années.

Au Chili, en matière de médicaments pour traiter le VIH, la qualité de l'expertise médicale étrangère ne sert pas seulement comme vérité substituable aux opinions, elle sert également en tant que gage de qualité. On la retrouve pour palier la pauvreté de l'expertise scientifique locale à l'heure d'attribuer des licences d'exploitation. Les Organismes Internationaux établissent une sorte de règle morale dont il est bon de s'approcher, et la fabrication étrangère présente le même gage de qualité que les produits estampillés « importés ».

Enrique Paris, Chef de la Division de la Planification et du Budget du

---

<sup>334</sup> Treatment 2015. Genève, ONUSIDA 2015.

Ministère de la Santé entre 2002 et 2003, et Chef de Cabinet du Président Ricardo Lagos entre 2003 et 2006 : « Nous voulons que ce soit fait par l'Institut de Santé Publique. Nous ne voulons pas que ce soit fait par un laboratoire privé qui, par ailleurs, commercialise des marques. Il pourrait y avoir un conflit d'intérêt. Il y a aussi les questions liées aux protocoles. Tu ne réalises pas directement les études, mais tu révises toutes celles qui ont été réalisées<sup>335</sup>. »

## 2-1-f/ Le risque et la fonction assurancielle de l'État.

Il est possible de trouver une réponse aux questions que pose l'abord public de la question du risque, non seulement depuis les stratégies de prévention classique adoptées pour éviter l'expansion de l'épidémie de sida, mais aussi depuis la prise en charge de ce que, adaptant Ronald Dworkin à notre sujet d'étude, on peut tantôt appeler l'effet d'une « malchance nue » et tantôt celui d'un « goût dispendieux<sup>336</sup> ». Les deux appellations sont également justifiables si l'on considère le cas de la contamination qui nous intéresse, toujours issue d'un comportement dont il faudrait connaître le caractère librement consenti pour choisir l'une ou l'autre. Nous entrons là dans un deuxième type de véridiction : celle qui concerne les choix économiques qui président à l'assurance des risques par l'État et les conditions éthiques de son attribution.

Pour Dworkin, le « goût dispendieux » caractérise les choix et leurs conséquences qui, ne tenant pas à une condition indépendante des choix librement consentis ou à une injustice sociale, devraient être assurés et financés de manière privée. À l'opposé, la « malchance nue » est celle qui fait naître un individu avec un handicap naturel ou le fait souffrir d'un handicap engendré par la société qui est la sienne. Ces deux concepts sont d'un maniement compliqué lorsqu'il s'agit d'évaluer des comportements sexuels, et plus encore lorsqu'il s'agit prioritairement, comme c'est le cas des populations les plus vulnérables au VIH au Chili, d'une minorité issue de la diversité sexuelle.

---

<sup>335</sup> Entretien réalisé en mai 2016.

<sup>336</sup> Ronald Dworkin. *Sovereign Virtue*. (p 48-59) Harvard University Press 2002.

L'adoption du premier concept laisse supposer que l'utilisation de fonds publics pour subvenir à des besoins engendrés par des choix individuels serait abusive. L'adoption du deuxième concept laisse supposer que les HSH adoptant des conduites à risque seraient victimes d'une sexualité à risque innée ou déterminée par leur milieu et justifierait toutes les dépenses, de prévention et de soins, qu'un État serait prêt à faire pour leur venir en aide. Les deux options paraissent également critiquables ; l'une parce qu'elle considère une minorité exempte de responsabilité parce qu'exempte de liberté dans ses comportements sexuels, et l'autre parce qu'elle lui interdit la solidarité de la société tout entière.

Ce qu'il est important de noter ici, c'est la manière dont des théories s'articulent avec la réalité locale et avec cette pathologie d'un abord si complexe qu'est le VIH/sida. Selon cette « philosophie de l'assurance », les personnes présentant de conduites à risque devraient être dérivées vers un système privé d'assurances, comme celui des Isapre, depuis lequel une part importante des porteurs de VIH a dû faire face à leur pathologie avant 1998. C'est cette année-là que, encouragés par les autorités sanitaires, les séropositifs, mais aussi d'autres porteurs de maladies chroniques ou dites catastrophiques, ont massivement rallié le système public. Entre 1998 et 2004, 24% des assurés ont quitté les Isapre<sup>337</sup>.

Daniel : « Pour avoir une couverture santé, j'ai été obligé de passer dans le système public. J'avais une ISAPRE, c'était COLMENA. J'ai dû dénoncer le contrat privé pour passer au système public. Il y avait un processus d'admission. Pendant le processus, je n'étais pas couvert, mais il y avait une fondation qui m'a fourni les traitements jusqu'à mon admission dans le programme de l'hôpital El Salvador. J'ai payé une assurance privée pendant dix ans et j'en ai perdu tous les bénéfices. Mon plan d'ISAPRE ne couvrait pas le VIH. Le système privé n'est pas

---

<sup>337</sup> Ispres de Chile. *Antecedentes generales y evolución sistema Isapre, 1990-2004*. Santiago 2015.

mutualisé. Tu payes un plan et tu peux éventuellement avoir accès à une couverture partielle. Plus tu payes, plus t'es couvert. Cela peut éventuellement te permettre d'avoir accès à un meilleur hôpital. Tu as des avantages en termes d'hôtellerie hospitalière. Tu vas plutôt dans les cliniques, tu n'as pas des longues files d'attente<sup>338</sup>. »

Deux postures s'opposent, dont on retrouve une trace récurrente dans la philosophie politique et dont nous avons déjà introduit les concepts dans le chapitre de cette thèse consacré à la vulnérabilité associée à la subordination : d'une part, épousant certains contours de la pensée de Ronald Dworkin telle que nous l'avons résumée plus haut, il y a le point de vue formulé par John Rawls selon lequel certaines conditions détermineraient ou non un « partage social » de la responsabilité des conduites à risque<sup>339</sup>, et de l'autre celui, plus proche d'Amartya Sen, selon lequel il pourrait appartenir aux États d'assurer aux personnes la « liberté d'accomplir » leur sexualité avec toutes ses caractéristiques<sup>340</sup>.

Étrangement, ces deux points de vue s'harmonisent à l'heure d'analyser ce qu'il en est de la fourniture de ARV à tous les chiliens qui en ont besoin, dont les personnes qui ont des conduites à risque. D'un côté, on trouve la santé comme bien public dont la fourniture se doit d'être universelle, et de l'autre la santé dispensée à une minorité pour laquelle elle constituerait la condition d'accomplissement d'une liberté.

Contrairement aux ISPRES, assurances privées à but lucratif, l'État ne peut pas discriminer sur la base de questionnaires ou enquêtes intrusives<sup>341</sup>, et jauger les situations de santé sur une base communautaire est la condition préalable de discriminations qui léseraient en fin de comptes l'ensemble de la population. Sauf à prendre des mesures contraignantes incompatibles avec les

---

<sup>338</sup> Entretien réalisé en juin 2014.

<sup>339</sup> John Rawls. *La justice comme équité*. Paris, La découverte 2003.

<sup>340</sup> Amartya Sen. *Repenser l'inégalité*. (p 68-69). Paris, Seuil 2000.

<sup>341</sup> Les Isapre excluent la prise en charge des pathologies préexistantes et, le plus souvent, également celles qui sont la conséquence d'un mode de vie non mentionné dans le questionnaire préalable que tout nouvel assuré doit remplir.

libertés publiques, il n'est pas imaginable de restreindre les échanges sexuels entre les citoyens d'une démocratie.

Si l'on se penche sur le cas du VIH au Chili après le plan AUGÉ et la fourniture de traitements à des personnes qui ont manifestement eu des rapports sexuels sans préservatifs, l'État fait preuve de tolérance pour des comportements qui ont un coût économique<sup>342</sup> et social élevé. C'est cette tolérance qui pourrait représenter la contrepartie implicite d'un modelage tout relatif par des institutions dont les autres activités en matière de santé publique consistent très souvent à payer pour les conséquences des désordres alimentaires ou du tabagisme. Elle serait le pendant d'une influence voulue, d'un modelage dont l'évolution épidémiologique révèle la relativité, et la garantie d'une liberté qui ne déplairait pas à David Halperin<sup>343</sup> : au Chili, chacun a le droit d'avoir la sexualité qu'il veut, y compris lorsque celle-ci, intégrant le risque comme l'une de ses composantes, doit se terminer par un traitement médical à vie financé par l'État.

Pour aborder la question de la liberté, et donc de la responsabilité, nous avons choisi un auteur qui, bien qu'il fasse appel à des termes imprécis —comme d'ailleurs la plupart des spécialistes de la philosophie politique lorsqu'il est question de la « vie bonne » —, donne une définition opératoire<sup>344</sup> de la liberté et de ses restrictions dans un pays démocratique. Sur ce sujet, Philipp Pettit nous explique : « l'interférence non arbitraire a pour objectif la définition des intérêts avouables de la personne sous influence<sup>345</sup> ». C'est cette idée, celle d'un intérêt identifié et défendu par un tiers, dans ce cas l'État, au profit de citoyens dont les libertés sont par ailleurs légalement garanties, qui justifie la plupart des politiques en santé publique. Le premier volet de la question de la liberté apparaît assez clairement, et nous révèle par défaut un deuxième volet :

---

<sup>342</sup> La prise en charge de médicaments importés coûte 90 millions de dollars payés à travers une structure appelée Chile Compra et représente 5% de l'ensemble de importations de l'État dans le domaine de la santé.

<sup>343</sup> David Halperin. *Ce que veulent les gays*. Editions Amsterdam 2010.

<sup>344</sup> Le terme « opératoire » se réfère ici à un concept qui permet de réaliser une opération intellectuelle sans avoir la valeur d'une théorie. Cette définition, issue du *Larousse*, est à distinguer de la définition piagétienne qui l'assimile à l'achèvement d'une capacité cognitive.

<sup>345</sup> Traduction libre. PETTIT Philip. *A theory of freedom*. Polity Press 2001.

il y aurait des intérêts inavouables dont la satisfaction, bien qu'étant préjudiciable à l'intégrité des personnes, pourrait relever aussi de l'exercice d'une liberté.

Le comportement à risque est un élément déterminant de toute forme de prévention en santé publique, puisque c'est sur lui que tentent d'influer des politiques utilisant une panoplie d'outils ayant des degrés divers d'influence. L'influence pose la question de la liberté de deux manières différentes : d'abord, telle que l'analyse Philipp Pettit<sup>346</sup>, et ensuite telle que la suppose un retour que nous n'aurons jamais fini de refaire sur les déterminants culturels et sociaux des comportements sexuels.

La question primordiale, dès lors qu'il apparaît que les personnes n'agissent pas toujours dans le sens de leur intérêt avouable, est donc celle du degré de liberté que suppose un comportement socialement, politiquement ou culturellement déterminé. Pettit ne préjuge pas de comportements précis —il est d'ailleurs très chiche en exemples—, mais il fournit une définition qui s'adapte bien à la prise de risque : la liberté suppose un choix rationnel, volitif et discursif reposant sur des croyances et des désirs.

Les trois termes méritent une brève explication. Le caractère rationnel d'une option<sup>347</sup> est celui dont les moyens sont adaptés aux fins, y compris pour un observateur extérieur. Le caractère volitif d'une option suppose que le but atteint est conforme à la volonté de l'agent. L'ajustement discursif est celui des arguments à la faveur desquels un agent justifie ses buts et les moyens qu'il déploie pour les atteindre. Les croyances seraient le substrat culturel du choix, et les désirs leur fondement individuel. Serait libre celui qui, en fonction de ce qu'il croit et des valeurs partagées dans sa culture ou sous culture d'appartenance, déploie une stratégie rationnelle dont il peut rendre compte pour atteindre un but.

---

<sup>346</sup> Philipp Pettit. *A Theory of freedom*. Polity Press 2001.

<sup>347</sup> Nous employons les termes « option » et « but » pour ne pas verser dans un débat sur la théorie du choix rationnel telle qu'elle a été définie et expliquée par Lina Eriksson. *Rational Choice Theory. Potential and limits*. Palgrave Macmillan 2011.

Ce dont P. Pettit ne tient pas compte, c'est de la possibilité de choix discordants : « je veux avoir des rapports non protégés parce que, comme la majorité des personnes, je les trouve beaucoup plus agréables que les rapports protégés. » Plus loin, sans qu'un lien ne lie ce choix au précédent : « je ne veux surtout pas contracter le VIH. » Nous avons par ailleurs vu dans notre introduction que certaines personnes, parmi lesquelles nous n'avons identifié que des HSH, savent vouloir inconsciemment la contagion et la considèrent comme le partage souhaitable de valeurs et d'un destin. Elles ne concernent pas le présent propos.

Nous avons aussi identifié deux autres manières de comprendre la prise de risque. Si nous privilégions ici la prise de risque sexuelle des HSH c'est que, dans la partie de ce texte qui traite spécifiquement de l'épidémie chilienne, une épidémie concentrée et segmentée à la fois, nous avons noté une prévalence des centaines de fois supérieure au reste de la population chez cette catégorie de personnes. Le rapport entre prévalence et prise de risque ne peut être remis en question que depuis le caractère plus contaminant de la sodomie par rapport à des pratiques moins traumatiques pour les muqueuses.

Cette considération pose la question des pratiques et de leurs traits objectivement contaminants. La sodomie passive serait la pratique la plus contaminante, la sodomie active un peu moins, la fellation avec éjaculation dans la bouche encore moins, la fellation sans éjaculation dans la bouche beaucoup moins et la masturbation réciproque plus du tout. La tentation est grande d'inclure dans cette liste des pratiques extrêmes, comme le fait Gabriel Girard<sup>348</sup>, mais nous serions probablement très éloignés de la réalité quotidienne de la normalité homosexuelle.

Notons que David Halpérin, dans *Ce que veulent les gais*<sup>349</sup>, prend le parti inverse. Celui de faire, sur un mode illustré par Giono, de la sexualité passive, soumise et même volontairement humiliée, le seul mode de sexualité

---

<sup>348</sup> Gabriel Girard. *Les homosexuels et le risque du sida*. PUR 2013.

<sup>349</sup> David Halperin. *Que veulent les gays ? Essai sur le sexe, le risque et la subjectivité*. Éditions Amsterdam. 2010.

véritablement homosexuelle, le *fist fucking*<sup>350</sup> étant le paradigme de cette dernière. Il n'y aurait pas d'homosexualité sans masochisme. C'est cette sexualité-là dont il conviendrait donc de garantir la « liberté d'accomplir ». Ainsi dite, la chose semble paradoxale, et nous comprenons que l'idée même d'un risque légitime peut paraître choquante pour la majorité silencieuse des personnes sexuellement sages dont l'impôt finance les conséquences de pratiques sexuelles qu'ils n'approuveraient pas s'ils venaient à y réfléchir. Il est pourtant des formes d'analyse qui légitiment l'action publique en matière de VIH et de couverture maladie.

Cette question, sans être superflue, semble ne concerner qu'un tout petit nombre de séropositifs. Ceux que nous avons rencontré à Santiago n'avaient, pour la plupart et comme l'a décrit Janine Pierret<sup>351</sup>, pas de vie sexuelle, même lorsqu'ils vivaient en couple. Nous en avons pourtant rencontré un dont le récit décrit bien le méandre de justifications raisonnantes qui occultent la responsabilité.

Erik : « J'ai pris le bus pour rentrer du boulot. Parfois, je prends le métro, mais là, il faisait beau et j'ai pris le bus. Je ne suis pas allé jusqu'à mon arrêt, je suis descendu avant pour traverser le parc métropolitain. Il faisait si chaud et le temps était si magnifique que je n'avais aucun souci en tête ; je ne pensais à rien. Dans le parc, il y avait plein de folles qui tapinaient, comme d'habitude. Il m'a suivi dès que je suis descendu du bus. Il était si beau... Je suis tombé amoureux. C'est lui qui m'a suivi. Il m'a pris par la main et on est allés dans un coin sombre. Je l'ai laissé me faire tout. Il était si beau. Je ne lui ai pas demandé de mettre une capote. Là, c'était moi, mais ça pouvait aussi être lui. S'il prenait tous ces risques c'est probablement qu'il était déjà séropo. Il était si beau. Ne va pas le dire à Wilson, ça ne va pas très bien entre nous<sup>352</sup>. »

---

<sup>350</sup> Le *fist fucking* consiste à introduire la totalité du poing jusqu'à l'avant bras dans l'anus du partenaire. C'est une pratique extrême sans nécessairement être une pratique à risque.

<sup>351</sup> Janine Pierret, *Vivre avec le VIH. Enquête de longue durée auprès des personnes infectées*, Presses universitaires de France, coll. « le lien social », 2006.

<sup>352</sup> Entretien réalisé avant le début de cette thèse.

La manière dont Erik a mis en scène son *relaps* est intéressante à plus d'un titre. Il est descendu du bus plus tôt parce qu'il faisait beau, et parce qu'il faisait beau il a traversé le principal lieu de rencontre et de prostitution homosexuelle de Santiago. Parce qu'il faisait beau, il n'avait aucun souci en tête, et parce qu'il n'avait aucun souci en tête, le sida lui était sorti de l'esprit. Parce que le sida lui était sorti de l'esprit, il a eu un rapport sexuel —probablement anal passif— sans préservatif. Parce que son compagnon éphémère a pris un risque, le risque qu'il prenait, lui, se sachant contaminé, était légitimé ; ils avaient tous deux pris un risque.

Il semblerait surprenant, pour un chercheur qui n'est pas influencé par des a priori religieux, de distinguer un comportement alimentaire pouvant provoquer une obésité morbide débouchant sur un diabète et des maladies cardiovasculaires, d'un comportement sexuel pouvant déboucher sur une contamination sexuelle au VIH pour soi. Une telle distinction ne pourrait être faite que sur la base d'un jugement issu de croyances qui confèrent aux comportements sexuels entre adultes consentants des contenus moraux que d'autres comportements appétitifs n'auraient pas.

La question morale n'est pourtant pas étrangère à notre sujet d'étude, puisque, s'il y a bien des comportements dont seule pourrait être condamnable la légèreté, c'est-à-dire les rapports sexuels non protégés entre deux personnes ignorant leur statut sérologique, il y a aussi des rapports de personnes qui, se sachant contaminées, ont des rapports sexuels non protégés avec des partenaires qui ignorent leur statut sérologique. Il n'est pas dans notre intention de donner ici une échelle de la répréhension en matière de sexualité à risque, mais d'identifier deux manières d'aborder la question des traitements : la première, adressée à tout un chacun, concerne la fourniture de traitements à des personnes qui étaient sous influence à l'heure de prendre des risques, et l'autre, la fourniture de traitements à des personnes qui ont pris des risques en pleine connaissance de cause.

Une troisième manière d'aborder la question facilité la vie du chercheur que

nous sommes et évacue toutes les considérations philosophiques ou morales. Ce qu'on appelait autrefois groupes à risque, et qu'on appelle désormais populations vulnérables, même si l'expression *most at risk*<sup>353</sup> perdue dans la littérature grise, est au Chili formé par des populations à dont la sexualité ne devient vulnérable à des pathologies venues d'autres populations qu'à travers ce que les textes les plus récents appellent populations passerelles<sup>354</sup>. L'appellation est parlante ; elle suppose que certaines personnes peuvent diffuser une maladie d'un segment épidémique à un autre. C'est le cas des consommateurs de sexe commercial, mais également des bisexuels, qui portent le VIH de populations masculines exclusivement homosexuelles à des populations féminines exclusivement hétérosexuelles.

L'existence de passerelles et la solidarité constitutive de toute société en une configuration sexuelle où, à plus ou moins grande distance, tous se trouvent associés avec tous, lorsqu'elle est considérée depuis cet autre idée, maintes fois citée dans notre thèse, qu'est l'innocuité relative des rapports sexuels avec une personne sous traitement, c'est à dire le concept de TasP, suppose qu'il soit dans l'intérêt des personnes saines ayant une sexualité relativement conservatrice de soigner les personnes malades ayant une sexualité à risque. Et cela, lorsqu'une assurance privée exclut ses adhérents appartenant à une minorité vulnérable, seul un État le peut. Cela argumente en faveur d'une certaine fonction de l'État, et même d'un d'État associé à un certain type de politiques publiques.

2-l-g/ Influence et prévention.

Lorsqu'on évoque le modelage par l'État des comportements sexuels pour prévenir la transmission du VIH, quelle que soit l'orientation fixée —abstinence, fidélité ou usage du préservatif—, il est aisé d'en produire une analyse

---

<sup>353</sup> UNAIDS/WHO. *Estimating the size of populations most at risk to HIV*. Genève, 2011.

<sup>354</sup> Nous avons trouvé pour la première fois cette appellation dans un texte de Morris M., Podhisita C., Wawer M.J. et Handcock M.S. intitulé « Bridge populations in the spread of HIV/AIDS in Thailand » et publié numériquement par l'US National Library of Medicine. L'appellation se retrouve dans d'autres textes sur le VIH, dont le document *Guidelines on surveillance among populations most at risk for HIV*, publié par ONUSIDA et l'OMS en 2011. Il a principalement concerné les clients des travailleurs sexuels et les immigrés Haïtiens des États-Unis, mais nous considérons qu'il est possible de l'élargir, sans qu'il perde sa signification, aux bisexuels parmi les HSH.

foucauldienne du point de vue de la biopolitique<sup>355</sup>, compte tenu de la volonté de savoir ou des mécanismes de la domination. La volonté d'imposer un contrôle sur les corps —il s'agit parfois ici des corps dangereux des contaminants, mais aussi et plus souvent des corps réputés sains de tout un chacun— aurait une généalogie identifiable, entre autres, dans les mesures prises au XVIIIe siècle pour prévenir l'expansion de la peste : « d'abord, un strict quadrillage spatial : fermeture, bien entendu, de la ville et du terroir, interdiction d'en sortir sous peine de la vie, mise à mort de tous les animaux errants ; découpage de la ville en quartiers distincts où on établit le pouvoir d'un intendant. Chaque rue est placée sous l'autorité d'un syndic ; il la surveille ; s'il la quittait, il serait puni de mort. Le jour désigné, on ordonne à chacun de se renfermer dans sa maison : défense d'en sortir sous peine de la vie. Le syndic vient lui-même fermer, de l'extérieur, la porte de chaque maison ; il emporte la clef qu'il remet à l'intendant de quartier. (...) S'il faut absolument sortir des maisons, on le fera à tour de rôle, et en évitant toute rencontre<sup>356</sup>. »

La question de l'influence est intéressante. C'est, nous l'avons noté plus haut, la première qu'il convient de poser lorsqu'un État tente de modeler le comportement de ses citoyens. Mais il semble risqué d'évoquer la possibilité d'une inaction vertueuse, ou des bienfaits d'un laisser-faire libertarien lorsqu'est en jeu la santé des personnes et, dans le cas du Chili, le budget réservé aux dépenses en matière de santé. La démarche intuitive nous pousse à accepter un fait : il est « meilleur » que le moins possible de personnes soient contaminées par le VIH/sida. La question des acteurs assumant la responsabilité de prévenir des contaminations reste soumise à une très grande variabilité, mais il nous semble que, en l'absence d'une société civile proactive en la matière, il devrait appartenir à l'État d'assumer cette responsabilité.

La question de l'influence est posée dans les dernières pages du livre de Philip Pettit auquel nous avons déjà fait allusion<sup>357</sup>. Il résume d'une manière particulièrement pertinente la manière dont un État démocratique peut influencer

---

<sup>355</sup> AGAMBEN Giorgio. *Homo sacer, Le pouvoir souverain et la vie nue*. Seuil 1997.

<sup>356</sup> Michel Foucault. *Surveiller et punir* (p228). Gallimard 1975.

<sup>357</sup> Philip Pettit. *A theory of freedom*. Polity Press 2001.

sur le comportement de ses citoyens sans violer leurs libertés fondamentales :  
« The democratic state is designed to track the common avowable interests of those who live under it. Its coercive laws and decrees and other initiatives will condition people's choice, as natural limitations do, but the state will not compromise people's freedom in the manner of a dominating presence. »

La question posée restera à jamais ouverte, et il est presque impossible de lui apporter une réponse claire. Les intérêts spirituels des individus, supposant que personne n'ait de vie sexuelle en dehors du mariage, ne sont-ils pas des intérêts légitimes pour la majorité Catholique du pays ? Pourtant, si la majorité des Chiliens sont catholiques, il en reste tout de même près d'un quart qui se déclarent sans religion. Est-ce qu'il existe des intérêts avouables qui concilient tous les points de vue.

Cecilia Sepúlveda, Doyenne de la Faculté de Médecine de l'Université du Chili : « Au Chili, les informations sur le préservatif ont été retenues par les milieux conservateurs et religieux. Tout a été très lent. Le mot même préservatif... Plusieurs spots télévisés qui y faisaient clairement allusion ont été censurés par des chaînes de télévision, *Canal 13* et *Megavisión*, pour ne pas les nommer. Ils considéraient que c'était contraire à leurs valeurs. C'était envisagé comme une question de valeurs et non comme un enjeu de santé publique. Il y a eu des argumentations visant à discréditer la capote sur la base d'un manqué d'efficacité ; elle ne le serait que dans 99,9% des cas. C'est fondamentalement une question liée à la religion<sup>358</sup>. »

Agissant dans le sens d'une prévention de la transmission du VIH dès 1990, l'État chilien a assumé une fonction pastorale. Cette fonction n'est pas le propre de toutes les sociétés, de toutes les économies, ni de tous les systèmes politiques, et il a bien fallu une transformation de la société et de la vie politique chilienne pour que des sujets jugés tabous et une prise en charge onéreuse

---

<sup>358</sup> Entretien réalisé en mars 2015.

soient admis, y compris pas les secteurs les plus libéraux et conservateurs du spectre politique. Pourtant, les politiques de prévention ont varié sur la durée, avançant, selon les points de vue dominants des majorités en place, ou les besoins de cohésion au sein de ces dernières. De ce point de vue, la présidence de Ricardo Lagos, entre 2000 et 2006, se démarque fortement.

Ernesto Ottone, Professeur de Science Politique à l'Université Diego Portales, ancien secrétaire de la CEPAL et conseiller du Président Ricardo Lagos pendant tout son mandat. : « Lagos était un homme totalement séculier et très en avance sur ce genre de sujets, et cela transparaît dans tout son gouvernement. Pendant son gouvernement, sous le même concept... comment dire... il y a eu une stratégie fondée sur trois grands sujets : développement économique, égalité sociale et République et libertés. République et libertés constituait un seul et même sujet. D'un côté, instaurer une démocratie au sens propre, c'est-à-dire en finir avec les enclaves de la dictature, et dans le même temps arriver à une société plus libre. Cela signifiait, parmi d'autres, réorienter toutes les politiques publiques, revenir à un traitement différent des sujets... Ceci imprégnait toutes les politiques publiques. C'était comme si on avait enlevé un voile. Le Président a décidé qu'il fallait avancer sur ces sujets. Ce que tu perçois sur cette période, ce n'est pas le fruit du hasard mais d'une conviction politique : la société chilienne avait besoin de revenir et de progresser sur une voie plus séculière<sup>359</sup>. »

Il est intéressant de noter qu'un parti comme l'UDI, pur produit du gouvernement militaire, ultra libéral en économie et longtemps très conservateur dans l'ensemble des sujets sociétaux, a évolué depuis une vérité technique que l'on pourrait appeler d'inspiration « vaticane », à une vérité technique médicale telle qu'elle est promue par les organismes internationaux à vocation médicale. Ainsi, en 2005, au sujet d'une campagne faisant

---

<sup>359</sup> Entretien réalisé en juin 2016.

clairement la promotion du préservatif, Marcela Cubillos et Julio Dittborn critiquaient la « vulgarité » des messages et l'oubli « idéologique » de l'abstinence comme forme privilégiée de la prévention<sup>360</sup>. Cinq ans plus tard, pour le même parti, Juan Lobos, demandait une campagne contre le sida « plus directe et centrée sur les groupes à plus grand risque ». Il ajoutait même : « ils me semble qu'il ne doit pas y avoir de sujets tabous dans les campagnes (...). De nos jours, les filles commencent leur vie sexuelle entre 16 et 17 ans (...) C'est une réalité dont il faut tenir compte en tant que société<sup>361</sup>. »

Dans la *Concertación*, coalition de centre gauche qui a gouverné le Chili entre 1990 et 2010, le débat sur la prévention a été animé, et les positions officielles de son aile la plus conservatrice, le Parti Démocrate Chrétien, ont peu évolué au cours du temps, déterminant souvent la nature même des campagnes de prévention de la transmission du VIH/sida. En 2007, lors d'un débat parlementaire, le PDC demandait que l'abstinence et la fidélité soient promues par les campagnes de prévention<sup>362</sup>. En 2015, c'est l'absence de discours officiel du PDC qui prime, et cette dernière n'apparaît pas comme un soutien tacite à la promotion du préservatif.

Ces évolutions, dissemblables dans leur nature même, révèlent deux manières fort différentes de concevoir la relation entre un parti politique et l'opinion publique : d'un côté, comme l'illustre Anthony Downs, les positions d'un parti, l'UDI, évoluant dans le sens d'une société dont ils tentent d'épouser les points de vue<sup>363</sup>. De l'autre, un parti issu de l'idéologie sociale chrétienne pourrait tenter d'exercer une influence sur l'opinion publique depuis une position dogmatique. Les deux autres alternatives seraient une perception biaisée de cette même opinion publique, jugée conservatrice, et l'occupation d'une niche qui garantirait l'adhésion systématique d'une part prédéfinie de l'électorat. La question de l'adaptation des discours à un électorat figé sur des positions conservatrices d'inspiration religieuse ou de la « direction de conscience » ne

---

<sup>360</sup> Texte non signé. *El Mercurio*. 6 octobre 2005.

<sup>361</sup> Cité par *El Mostrador*. 13 décembre 2010.

<sup>362</sup> Ermy Araya. *La Nación*. 27 février 2007.

<sup>363</sup> Anthony Down. *Une théorie économique de la démocratie* (pp 133-135). Éditions de l'Université de Bruxelles 2013.

semble pas avoir reçu de réponse claire avant la présidence de Ricardo Lagos.

Ernesto Ottone, Professeur de Science Politique à l'Université Diego Portales, ancien secrétaire de la CEPAL et conseiller du Président Ricardo Lagos pendant tout son mandat : « Nous savions (entre 2000 et 2006) que la société était très sensée sur ces matières. Lorsqu'il était question de l'avortement en cas de viol, l'opinion publique avait compris depuis très longtemps que de tels avortements étaient nécessaires. Il y a une combinaison de deux éléments : d'une part, une société préparée, déjà sécularisée, en contradiction avec une gestion gouvernementale sur laquelle pesait lourdement la position du monde catholique, et un président qui a rompu avec les positions d'inspiration religieuse. Les deux éléments sont présents. Mais il y avait une très forte conviction ; il fallait avancer et il y avait cette conviction : tu ne peux pas avancer vers plus de démocratie sans une société plus sécularisée. »

Sans entrer dans le détail de ce que sont les relations entre les églises et les leaders d'opinion issus du monde politique, il semble nécessaire de préciser en quelques mots quelle est l'influence chiffrée des églises qui se sont prononcées sur la question du VIH. Le dernier recensement dont les résultats ont été validés par le Congrès date de 2002. Un recensement plus récent a été annulé pour vices de forme et de procédure. La religion Catholique, majoritaire dans le pays, était celle de 8 millions de Chiliens sur un peu plus de 16 millions. La deuxième religion la plus représentée était le Christianisme Évangélique, avec 1,7 millions de Chiliens.

En 2003, l'Église catholique exprimait son point sur la question du VIH/sida comme suit : « Le HIV et le SIDA ont été et restent une des plus grandes tragédies de notre temps. Ce n'est pas seulement un énorme problème sanitaire ; c'est également un problème social, économique et politique ; c'est également, et ma délégation l'a déjà souligné d'incalculables fois devant les Nations Unies, mais également devant d'autres assemblées, une question

morale, puisque les causes de l'épidémie reflètent une grave crise des valeurs morales<sup>364</sup> ».

Sur la question de l'homosexualité, l'attitude de l'Épiscopat Chilien reste dans la même ligne. En 2006, le Président de la Conférence Épiscopale Chilienne déclarait : « l'Église invite les personnes avec des tendances homosexuelles à vivre dans la chasteté<sup>365</sup> ». Et sur celle du préservatif, refusant le débat moral, l'Église oppose des arguments qui aspirent au statut de vérité technique médicale. En 2003, le Cardinal López Trujillo, porte parole du Vatican, déclarait : « les préservatifs sont pleins de petits trous qui laissent passer le VIH<sup>366</sup>. »

Ernesto Ottone, Professeur de Science Politique à l'Université Diego Portales, ancien secrétaire de la CEPAL et conseiller du Président Ricardo Lagos pendant tout son mandat. : « L'arrivée de Jean Paul II a signifié un changement brutal et un retour à une vision doctrinaire moins ouverte au monde séculier qui prend sa source dans la doctrine du XIXème siècle. La Démocratie Chrétienne a été marquée par cette évolution. La Démocratie Chrétienne des années 60 et 70 était une Démocratie Chrétienne que l'Église Catholique encourageait à se séculariser. C'est perceptible dans le gouvernement de Frei Montalva (1964-1970). Même s'il était très catholique, il soutenait les tendances les plus importantes du Planning Familial, du contrôle des naissances, considérées comme des politiques de santé publique et non depuis une posture morale<sup>367</sup>. »

S'il fallait des preuves de cette tendance, pourtant jamais clairement avouée par des instances gouvernementales préférant le rationalisme supposé d'un discours privilégiant cette réalité en apparence médicale selon laquelle sans

---

<sup>364</sup> Traduction libre de l'Intervention du Saint Siège devant l'Assemblée plénière des Nations Unies. La Curie Romaine 2003.

<sup>365</sup> Aciprensa, agence de presse de l'Épiscopat Chilien. 17 janvier 2006.

<sup>366</sup> Équipe Aldea Global. *La Nación*. 4 décembre 2003.

<sup>367</sup> Entretien réalisé en juin 2016.

sexualité il n'y aurait pas d'épidémie de VIH/sida, nous les trouverions dans un autre thème sociétal : il a été impossible de voter une loi permettant le divorce pendant les années de présidence démocrate chrétienne (1989-2000), et celle-ci n'a vu le jour qu'en 2004, sous la présidence du socialiste Ricardo Lagos. L'avortement thérapeutique, qui était pourtant admis par la Démocratie Chrétienne des années soixante, sous la présidence d'Eduardo Frei Montalva, n'a été légalisé de nouveau qu'en 2015.

Ernesto Ottone, Professeur de Science Politique à l'Université Diego Portales, ancien secrétaire de la CEPAL et conseiller du Président Ricardo Lagos pendant tout son mandat. : « L'évolution actuelle de la DC révèle un changement. Après Jean Paul II et Benoît XVI arrive François, toujours, très conservateur pour ce qui a trait à la doctrine, mais plus ouvert et séculier en matière de politique. Cela se traduit par une position plus ouverte dans ce qui a trait à la morale sexuelle. La période actuelle est une période de transition qui se traduit par des positions différenciées au sein de la DC. Il y a des secteurs de la DC qui sont toujours marqués par la tendance conservatrice et d'autres qui sont pour un retour à la sécularisation. Ces deux âmes cohabitent désormais au sein de la DC, et la plus conservatrice n'y est plus hégémonique. C'est une période transitoire sur ces sujets au sein de la DC, tout comme au sein du monde catholique. Les changements se traduisent par une différenciation interne. Dans ces matières, il n'y a pas une voix unique de la DC. Carolina Goic, la Présidente de la DC, est beaucoup plus ouverte, tandis que Soledad Alvear est beaucoup plus fermée. Je pourrais te donner beaucoup de noms de personnes qui comptent au sein de la DC dont les points de vue sont différents. Ces divergences sont aussi présentes chez les parlementaires de la DC. Le vote sur ces sujets au sein de la DC est un vote différencié (dispersé). Il y a peu de temps, il y a eu un vote sur les trois formes d'avortement qui a été approuvé par la commission (commission qui autorise la discussion parlementaire), et le président de la commission était Pizarro, un

sénateur démocrate chrétien qui a voté en faveur d'une discussion générale<sup>368</sup>. »

À un discours qui, dans le but de concilier des opinions divergentes, proposait sur un même plan trois alternatives en matière de prévention : l'abstinence, la fidélité et le préservatif, le plus souvent dans cet ordre là, s'est substitué, pendant la présidence de Ricardo Lagos, puis, après l'intervalle qu'a représenté le mandat libéral conservateur de Sebastián Piñera, pendant la deuxième présidence de Michelle Bachelet, un discours de prévention centré sur ce qu'étaient les lignes directrices de l'OMS depuis 1985, c'est-à-dire une promotion exclusive du préservatif. Comme l'accès aux soins, devenu consensuel dans la pratique, malgré des définitions divergentes, le discours des Organismes Internationaux en matière de condom s'est imposé comme vérité technique consensuelle par-delà les différences idéologiques et morales. L'entretien avec E. Ottone est intéressant à plus d'un titre, mais dans cette partie spécifique de notre thèse, il montre bien comment les deux tendances en matière de prévention qui se sont opposées au Chili entre 1990 et 2014 ont toujours été, dans des proportions variables, des opinions sous influence. D'un côté l'influence morale de l'Église Catholique, et de l'autre l'influence technique et médicale des Organismes Internationaux, cette dernière s'avançant désormais comme l'opinion sans opinion, position à laquelle a longtemps prétendu la première.

---

<sup>368</sup> Entretien réalisé en juin 2016.