



HAL
open science

De la contagiosité des rumeurs et du VIH : lorsque infodémie et pandémie se croisent : une revue de littérature

Elsa Anjuere

► To cite this version:

Elsa Anjuere. De la contagiosité des rumeurs et du VIH : lorsque infodémie et pandémie se croisent : une revue de littérature. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03795077

HAL Id: dumas-03795077

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03795077>

Submitted on 3 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2022

**DE LA CONTAGIOSITÉ DES RUMEURS ET DU VIH : LORSQUE
INFODÉMIE ET PANDÉMIE SE CROISENT : UNE REVUE DE
LITTÉRATURE**

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Mme Elsa ANJUERE

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le 22/09/2022

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Président du jury :

M. le Pr Patrice MORAND

Membres :

M. le Dr Yoann GABOREAU

M. le Pr Julien LUPO

M. le Pr Alexandre WENGER

Mme le Dr Pauline GIRARD (directrice de thèse)

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM-PRENO	Discipline universitaire
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHELEMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BETRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDES Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénérologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	EPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	ESTEVE François	Biophysique et médecine nucléaire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH	FRANCOIS Patrice	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
PU-PH	GAVAZZI Gaëtan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH émérite	HALIMI Serge	Nutrition
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

CORPS	NOM-PRENOM	Discipline universitaire
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
MCU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	KRAIINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARERE José	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MCU-PH	LABLANCHE Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE GOUELLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LETOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	LEVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAITRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
PR Ass. Méd	MICHY Thiery	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
MCF Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHE Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIERES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PEPIN Jean-Louis	Physiologie

CORPS	NOM-PRENUM	Discipline universitaire
PU-PH	PERARD DUMESTRE Chantal	Immunologie
PU-PH	PERENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VERICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	TERZI Nicolas	Médecine intensive-réanimation
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAOUI Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Remerciements

A Monsieur le Professeur Patrice MORAND, vous me faites l'honneur de présider le jury de ma thèse. Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce travail. Vous avez su faire preuve de patience et d'indulgence à mon égard. Recevez ici toute ma reconnaissance et l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le Docteur Pauline GIRARD, pour t'exprimer ma plus profonde reconnaissance pour la qualité du travail que tu as fourni pour m'aider dans cette thèse. Tu m'as aidée avec la pertinence et la rigueur qui te caractérisent, et tout ça avec le sourire. Ce n'était pas gagné, mais tu m'as aidée à finir ce travail. Merci encore.

A Monsieur le Docteur Yoann GABOREAU, tu as toi aussi eu une charge de travail très importante pour m'aider dans ma thèse, et tu as toujours répondu présent lorsque j'en faisais la demande. Tes réflexions et tes commentaires précieux m'ont beaucoup aidée pour avancer dans mes problématiques. Merci évidemment pour les relectures ! Je t'exprime toute ma gratitude.

A Monsieur le Professeur Alexandre WENGER, vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Il était important à mes yeux de pouvoir présenter ce travail à un historien de la médecine, et je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Recevez ici toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Julien LUPO, vous me faites l'honneur de participer au jury de ma thèse. Ma demande s'est faite un peu au pied levé, mais vous avez su répondre présent. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Recevez ici toute ma reconnaissance.

A Madame Irène FAVIER, votre regard d'historienne et de femme est venu à un moment clé de mes réflexions. Ce fut un véritable plaisir d'échanger avec vous de ces sujets passionnants que sont les pandémies.

A Monsieur le Docteur Jacques BOUCHAUD, merci d'avoir guidé mes premiers pas dans cet exercice.

A mes parents, pour tout ce que vous m'avez appris, transmis et pour tout ce que vous m'apportez encore chaque jour. Ce que je suis devenue, je vous le dois en grande partie. Merci de croire en moi.

A ma mère, qui s'est faite un sang d'encre pendant toute cette thèse. Je te remercie d'avoir toujours été là pour m'encourager, et je suis sûre que tu es aussi soulagée que moi que tout ça soit enfin terminé ! Merci pour tous les sacrifices que tu as faits. Nous offrir l'éducation, c'était le plus beau cadeau. C'est nous offrir notre indépendance, une ouverture sur le monde. C'est plus que je ne pourrai jamais t'offrir, alors au moins, merci.

Papa, tu m'as soutenue sans vaciller pendant ces moments difficiles, nos discussions m'ont souvent ouverte à de nouvelles perspectives. Plus le temps passe et plus je nous sens proches. Gardons ce lien qui m'est si cher, malgré la distance !

A Anne, merci pour la chaleur dont tu nous entoures, merci pour ta présence.

A mes trois sœurs : Clara, je suis heureuse que nous ayons réussi à nous rapprocher. Tes relectures m'ont aidée à terminer ma thèse et à la rendre plus lisible et compréhensible, reçois ici toute ma gratitude. Maud, ton esprit brillant m'a servi de modèle, merci. A bientôt à Dakar ! Jeanne, ta personnalité et ta sensibilité m'ont toujours impressionnée, tes pouvoirs magiques de super-maman sont incroyables, merci d'avoir élevé de si beaux enfants.

A mes nièces et mon neveu, vous faites de moi une tatie comblée ! Je vous aime tous très fort.

A mes amis stéphanois, potes de soirées ou confidents intimes, je suis heureuse d'avoir partagé tous ces moments dingues avec vous. Vous avez chacun votre grain de folie qui vous rend beaux, chacun à votre façon. Medhi, Charlène, Camille, Florimont, Max Dej, Seb, Colnot, Fanti et tous les autres, j'espère vous retrouver aux prochaines olympiques !

A mes amies ex-stéphanoises : Mylène, merci pour ton énergie sans faille, le GR20 restera pour moi une expérience inoubliable, je suis tellement heureuse d'avoir partagé ça avec toi ! Math, t'écouter chanter Aznavour à vélo pendant une semaine le long du canal du midi est un souvenir magnifique. Fais attention à toi, on se revoit à ton retour du Tchad !

A Rafael, merci pour ta discrétion et ton soutien indéfectible. Merci d'avoir été là dans les moments de doute, j'admire ta patience et bien d'autres choses chez toi. Merci d'être venu dans ma vie et de l'avoir rendue spéciale. Je t'aime

Merci à tous mes maîtres de stages, aux équipes soignantes, aux patients qui m'ont fait confiance et fait grandir.

Table des matières

REMERCIEMENTS	6
RESUME	10
ABSTRACT	12
LISTE DES ABREVIATIONS ET ACRONYMES	14
1. INTRODUCTION	16
1.1. CONTEXTE	16
1.2. LA PANDEMIE DE VIH/SIDA	16
1.3. LA RUMEUR ET LA DESINFORMATION	17
1.3.1. <i>Définition</i>	18
1.3.2. <i>Caractéristiques de la rumeur</i>	20
1.3.3. <i>Fonctions des rumeurs</i>	21
1.3.4. <i>Propagation de la rumeur</i>	21
1.3.5. <i>Facteurs favorisant la propagation des rumeurs</i>	22
2. METHODOLOGIE	25
2.1. SOURCE D'INFORMATION ET STRATEGIE DE RECHERCHE	25
2.2. MOTS CLES ET EQUATION DE RECHERCHE	25
2.3. CRITERES D'ELIGIBILITE, SELECTION DES ARTICLES	25
3. RESULTATS	27
3.1. LES RUMEURS SUR LES ORIGINES DU VIH	27
3.1.1. <i>Un accident de laboratoire</i>	27
3.1.2. <i>Une création des Etats-Unis : la théorie du complot</i>	30
1. Créé par la CIA pour éliminer les Afro-Américains	30
2. Créé par le pentagone comme arme biologique contre l'URSS	32
3.1.3. <i>La thèse négationniste : le sida n'est pas causé par un virus</i>	36
1. Casper G. Schmidt : The Group-Fantasy Origins of AIDS	36
2. Peter H. Duesberg: HIV is not the cause of AIDS	37
3. Le groupe de Perth	38
4. Alive and Well	39
5. Le cas de l'Afrique du Sud	40
3.2. IMPLICATIONS	41
3.2.1. <i>Conséquences néfastes pour la santé publique</i>	41
1. Le contexte historique	41
2. Conséquences démographiques	43
3. Conséquences économiques	44
3.2.2. <i>Riposte des associations et des politiques</i>	48
1. Les associations de malades du sida : une première dans la collaboration médecin-malade	48
2. La politique de santé publique en Afrique du Sud	50
4. DISCUSSION	54
4.1. CREATION HUMAINE	54
4.2. ACCIDENT DE LABORATOIRE	55
4.3. RECOMMANDATIONS : SOLUTIONS POUR ENDIGUER LES RUMEURS	56
4.4. FORCES ET LIMITES	58
5. CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE	64
SERMENT D'HIPPOCRATE	69

Résumé

Introduction : Depuis plus de deux ans, l'humanité fait face non seulement à la pandémie de Covid-19, mais également à une multiplication de rumeurs, fausses nouvelles et théories du complot la concernant. On parle d'infodémie. Ce phénomène n'est pas nouveau : la pandémie du VIH/sida, sur laquelle nous avons plus de quarante ans de recul, a également été accompagnée de nombreuses rumeurs et théories du complot. Pourquoi et comment ces phénomènes émergent lors des pandémies ? Quelles ont été les rumeurs qui ont circulé sur les origines du VIH et quelles ont été leurs conséquences ?

Méthode : Une revue narrative de littérature a été effectuée selon le guide PRISMA. Plusieurs bases de données ont été utilisées à savoir : PubMed, Cochrane, Cairn info, Persée et Google scholar. Les mots clés utilisés étaient en rapport avec les termes principaux du travail de recherche: rumeur, désinformation, VIH et sida. Ceci a permis d'avoir une équation de recherche qui est la suivante: (Rumeur OR Rumor) AND (Désinformation OR Disinformation) AND (VIH OR HIV) AND (Sida OR AIDS). Sur la base des résultats obtenus, d'autres mots clés ont été inclus pour spécifier nos recherches tels que : origine, théories, Covid-19, complots, épidémies, conséquences, réseaux sociaux et fake news.

Résultats : 81 documents ont été retenus dans l'étude. Les rumeurs sur les origines du VIH se divisent en deux catégories : Premièrement, le virus serait issu d'une création humaine, soit suite à un accident de laboratoire, soit créé par les Etats-Unis dans le but de nuire à ses ennemis. Deuxièmement, les thèses négationnistes, qui nient l'existence même du VIH ou son rôle pathogène dans le sida. Il apparaît que les thèses appartenant à cette deuxième catégorie sont plus dangereuses, car elles ont mené à nier l'importance du dépistage et l'efficacité des thérapies antirétrovirales. Dans le cas de certaines sectes dont celle de Christine Maggiore, les dégâts sont limités à un cercle relativement restreint, même si ses théories mortifères ont largement circulé sur internet. Mais lorsque ces thèses atteignent les plus hautes sphères d'une nation, comme cela a été le cas en Afrique du Sud sous Mbeki, le surplus de mortalité se chiffre à plus de 340.000 décès évitables. L'excès de morbi-mortalité entraîne des conséquences économiques et sociales qui perdurent jusqu'aujourd'hui. Les facteurs favorisant l'infodémie liée à la pandémie sont l'incertitude, la méfiance vis-à-vis des autorités et du gouvernement, le communautarisme, les traits de personnalité, la crédibilité de la source et le contexte historique. Les médias, même s'ils peuvent être source de connaissances scientifiques, sont avant tout un relais pour les rumeurs. Face à ces rumeurs et ceux qui les portent, les associations de malades se sont mobilisées, et ont entrepris des actions afin que les politiques de santé publique soient plus efficaces dans la prévention et l'accès au traitement. Cela a été un succès et elle sont devenues des acteurs importants dans la recherche et la prévention, car elles ont acquis et partagé une expertise unique. A travers l'abondance de la littérature sur le sujet, on voit que les pandémies sont une opportunité rare pour les chercheurs en sciences humaines d'examiner les phénomènes des rumeurs et des théories du complot.

Conclusion : Les rumeurs nuisent aux efforts de prévention et permettent à la pandémie de continuer à se répandre. En fait, les pandémies sont un catalyseur de certains comportements et phénomènes sociaux car elles attisent nos angoisses, à un niveau individuel et collectif. Ainsi, l'une nourrit l'autre et inversement : l'infodémie entretient la pandémie, qui elle-même fait naître et croître l'infodémie. Les rumeurs et théories du complot peuvent avoir des conséquences et devenir dangereuses lorsqu'elles sont portées par des personnes au pouvoir, des décideurs influents. Elles se répandent par les médias lorsque les informations ne sont pas vérifiées. Il est primordial que les gouvernants de ce monde disposent d'experts en vérification des faits, en plus des experts scientifiques, qui leur apportent les connaissances nécessaires aux décisions politiques éclairées.

Mots-clés : Rumeur, désinformation, VIH, sida, Covid-19, complots, épidémies, fake news

Abstract

Title : On the contagiousness of rumors and HIV: when infodemia and pandemic intersect. A literature review.

Introduction : For more than two years, humanity has been facing not only the Covid-19 pandemic, but also an increase in rumors, fake news and conspiracy theories about it. This is known as infodemia. This phenomenon is not new: the HIV/AIDS pandemic, which we have more than forty years of experience with, was also accompanied by numerous rumors and conspiracy theories. Why and how do these phenomena emerge during pandemics? What were the rumors that circulated about the origins of HIV and what were their consequences?

Method : A narrative review of the literature was conducted according to the PRISMA guide. Several databases were used, namely: PubMed, Cochrane, Cairn info, Persée and Google scholar. The keywords used were related to the main terms of the research work: rumor, misinformation, HIV and AIDS. This resulted in a search equation that is: (Rumeur OR Rumor) AND (Désinformation OR Disinformation) AND (VIH OR HIV) AND (Sida OR AIDS). Based on the results obtained, other keywords were included to specify our searches such as: origin, theories, Covid-19, conspiracies, epidemics, consequences, social networks and fake news.

Results : 81 documents were included in the study. The rumors about the origins of HIV fall into two categories: firstly, the virus is said to be of human origin, either as a result of a laboratory accident or created by the United States in order to harm its enemies. Secondly, the denialists' theories, which deny the very existence of HIV or its pathogenic role in AIDS. It appears that the theses belonging to this second category are more dangerous, as they have led to the denial of the importance of testing and the effectiveness of antiretroviral therapy. In the case of some cults, such as Christine Maggiore's, the damage is limited to a relatively small circle, even though her deadly theories have been widely circulated on the internet. But when these theories reach the highest levels of a nation, as it was the case in South Africa under Mbeki, the excess mortality amounts to more than 340,000 avoidable deaths. The excess morbidity and mortality has economic and social consequences that persist to this day. Factors that contribute to pandemic-related infodemia include uncertainty, distrust of authorities and government, communitarianism, personality traits, credibility of the source and historical context. The media, although it can be a source of scientific knowledge, is above all a relay for rumors. Faced with these rumors and those who spread them, patient organizations have mobilized and taken action to make public health policies more efficient in prevention and access to treatment. This has been successful and they have become important actors in research and prevention, as they have acquired and shared a unique expertise. Through the abundance of literature on the subject, we see that pandemics are a rare opportunity for social scientists to examine the phenomena of rumors and conspiracy theories.

Conclusion : Rumors undermine prevention efforts and allow the pandemic to continue to spread. In fact, pandemics are a catalyst for certain behaviors and social phenomena because

they fuel our anxieties, on an individual and collective level. Thus, one feeds the other and vice versa: the infodemic feeds the pandemic, which in turn feeds and grows the infodemic. Rumors and conspiracy theories can have consequences and become dangerous when they are spread by people in power, influential decision-makers.

Key-words: Rumor, disinformation, HIV, AIDS, Covid-19, conspiracies, epidemics, fake news

Liste des abréviations et acronymes

ADN : acide désoxyribonucléique

Aids : Acquired Immunodeficiency Syndrome (sida en français)

AMWG : active measures working group

ANC : african national congress (en français, congrès national africain)

ARN : acide ribonucléique

ARV : antirétroviral

AZT : azathioprine

BBC : british broadcasting corporation

CBS : columbia broadcasting system

CDC : centers for disease control

CHAT : nom du vaccin anti-poliovirus développé par Hilary Koprowski, qui le nomma ainsi d'après « Charlton », le prénom de l'enfant donneur du virus précurseur

CIA : central intelligence agency

GAAP : governmental aids action plan

GEAR : growth, employment and redistribution programme

HEW : department of health, education, and welfare (département de la santé, de l'éducation et du bien-être aux Etats-Unis en français)

KGB : Komitet gossoudarstvennoï bezopasnosti (Comité pour la sécurité de l'état russe en français)

Nacosa : National Aids Convention Of South Africa

Naid: National institute of Allergy and Infectious Diseases

NAP : national aids plan for South Africa

OMS: Organisation mondiale de la santé

Onusida: programme commun des Nations unies sur le VIH/sida

PRD : programme de reconstruction et de développement

Prisma : Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses

RDA : République Démocratique Allemande

RDC : République Démocratique du Congo

Sanac : South Africa Aids Council

SIV ou VIS : virus de l'immunodéficience simienne

Sras : syndrome respiratoire aigu sévère

Stasi : Ministerium für Staatssicherheit (en français : ministère de la sécurité d'état dans l'ex-RDA)

Tac : Treatment Action Campaign (en français campagne d'action pour le traitement)

TRT-5 : traitements et recherche thérapeutique (5 associations membres à sa création)

URSS : Union des Républiques Socialistes Soviétiques

USA : United States of America (en français, Etats-Unis d'Amérique)

USPHS : United States public health service (service de santé publique des Etats-Unis en français)

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

1. Introduction

1.1. Contexte

Les pandémies ont accompagné l'humanité à travers son histoire. L'Homme a connu plusieurs pathologies responsables de pandémies comme la peste noire, le choléra, la grippe espagnole, le SRAS, sans oublier le VIH et maintenant la Covid-19. Depuis plus de deux ans le monde ne fait pas seulement face à une pandémie mondiale due à un nouveau coronavirus. Le monde entier est également en prise avec une multiplication des rumeurs, fausses nouvelles, théories du complot, légendes urbaines et autres ragots, colportés de bouche à oreille, dans les médias ainsi que sur les réseaux sociaux. Beaucoup de ces rumeurs ont pour sujet l'origine du virus responsable de la nouvelle pandémie, mais ce phénomène n'est pas nouveau, il existait déjà lorsque la pandémie de VIH/sida a débuté il y a plus de quarante ans. Cet autre virus, toujours présent, a également eu son lot de rumeurs et théories du complot.

1.2. La pandémie de VIH/sida

Entre 1981 et aujourd'hui, une nouvelle maladie est repérée, son origine virale mise en évidence, des virus sont isolés, ses modes de transmission identifiés, et les premiers traitements ayant une efficacité sont prescrits à partir de 1996. Depuis lors, plus de 76 millions de personnes se sont infectées par le VIH (1). De nos jours, près de 38 millions de personnes vivent avec le VIH et 32 millions de personnes sont décédées du sida. Cette maladie inconnue, mystérieuse et mortelle, qui a mobilisé des forces politiques, scientifiques, médicales, médiatiques et sociales considérables, est devenue depuis plus de vingt ans une maladie qui se traite et avec laquelle on vit.

Tous les ingrédients étaient à l'origine rassemblés pour que la rumeur émerge et circule : un virus et une maladie nouvelle, imprévisible et mortelle, touchant d'abord des personnes à risque, puis devenant une menace pour l'ensemble des populations, et des scientifiques restant sans réponse pendant trop longtemps. Lazar (1993) considère « la rumeur comme une forme active de la communication sociale ; elle exprime les inquiétudes et les angoisses d'une partie du public face à la manipulation de l'information » (2) D'après DiFonzo et Bordia (2006), trois éléments définissent la rumeur, à savoir : le contexte, la fonction et le contenu (3). La rumeur naît au cours des situations ambiguës ou menaçantes. Elle sert à la compréhension collective d'une situation inhabituelle ou imprévue. Son contenu est issu des informations diffusées et perçues comme utiles. Ces caractéristiques de la rumeur sont

favorisées par les canaux de transmission et d'organisation de la communication tels que les réseaux sociaux, les journaux et les chaînes de radio et de télévision (4). Tout comme le VIH a trouvé un bouillon de culture chez l'humain à un moment et un endroit donné, la rumeur naît donc dans un contexte favorable, qui lui permet de s'amplifier, et s'inscrire dans la durée. Elle a pu se transmettre via des médias en pleine expansion (5), à travers le monde entier. Cela a eu des conséquences néfastes sur la prévention et les contaminations. Le contexte culturel et politique aux Etats-Unis dans les années 1980 était un terreau fertile pour semer les graines de nombreuses rumeurs. La politique conservatrice du président Ronald Reagan, en s'en remettant à la foi, aux doctrines religieuses et à la famille comme sources principales de certitude morale et de sagesse pratique, laisse de côté l'expertise laïque et scientifique. Les conservateurs ont tendance à craindre toute remise en cause de l'ordre établi.

Or l'irruption d'une nouvelle maladie constitue un véritable défi pour l'ensemble de la société, les pouvoirs publics, les professionnels et les personnes concernées. Il importe de répondre aux inquiétudes de la population et des malades, d'apporter des solutions rapides et efficaces au niveau organisationnel et technique, dans un contexte où des informations de nature diverse mais aussi des rumeurs circulent. Face à elles, les premiers à répliquer furent les militants des associations de malades, qui firent des campagnes d'information et de prévention, au départ avec des moyens dérisoires. Puis les politiques de santé publique, via des programmes de prévention et de communication dans les médias.

Quelles rumeurs ont accompagné la pandémie de VIH/sida, et quelles ont été leurs conséquences ? Pour répondre à ces questions, je présenterai dans cette thèse les différentes rumeurs ayant existé au début de la pandémie sur les origines du VIH, ainsi que les idées révisionnistes qui existent encore aujourd'hui sur internet. Je décrirai le rôle majeur des médias dans la transmission de ces rumeurs et dans leur longévité. J'expliquerai leurs conséquences néfastes sur la santé publique, et les moyens mis en œuvre par différents acteurs pour lutter contre ces phénomènes. Pour y parvenir, j'ai réalisé une revue narrative de la littérature.

1.3. La rumeur et la désinformation

« L'erreur ne se propage, ne s'amplifie, ne vit enfin qu'à une condition : trouver dans la société où elle se répand un bouillon de culture favorable. En elle, inconsciemment, les hommes expriment leurs préjugés, leurs haines, leurs craintes, toutes leurs émotions fortes » :

Les réflexions de Marc Bloch sur le problème des fausses nouvelles durant la Grande Guerre (6)

1.3.1. Définition

Les spécialistes ne sont pas d'accord pour donner une définition unique de la rumeur, tant le phénomène est protéiforme. Cependant, des traits communs reviennent constamment chez la plupart des auteurs ayant étudié la question. On peut ainsi résumer la rumeur à une information non vérifiée, vraie ou fausse, qui se déforme à mesure qu'elle est transmise de façon directe sur le mode du bouche-à-oreille ou indirecte, via un média informationnel (2). Phénomènes de contagion sociale, elles sont comparables aux épidémies infectieuses. Pour ces dernières, il n'existe pas de profil-type, car elles dépendent, au minimum, de deux éléments : d'un agent infectieux d'un côté, du contexte dans lequel il circule et se développe de l'autre. Il semble en être de même pour les rumeurs : Chacune a à la fois sa propre particularité et ses traits caractéristiques communs : elle est omniprésente, nuisible car elle véhicule des croyances négatives et anxiogènes ; elle émerge dans un contexte social : une période où ont lieu des événements dramatiques et/ou inexplicables ; enfin elle transforme l'information qu'elle véhicule, en réduisant ou en accentuant des détails voire certaines parties de l'information, et en l'assimilant, c'est-à-dire en la transformant pour qu'elle devienne conforme aux attentes et aux croyances initiales des sujets. Elle est omniprésente car elle endosse des fonctions sociales : elle permet d'accentuer la cohésion de groupe en renforçant leur identité par un partage culturel, d'expliquer l'inexplicable et de s'assurer un contrôle illusoire de son environnement face à des menaces ; enfin elle permet de se valoriser socialement (2).

Ces différentes caractéristiques la différencient d'autres récits populaires. Le ragot n'est qu'un petit récit croustillant divertissant, n'ayant pour seule fonction sociale de rompre l'isolement. La légende urbaine est un récit bref, anonyme, présentant de multiples variantes, au contenu surprenant, raconté comme vrai et récent dans un milieu social dont il exprime les peurs et les aspirations (3). Quant à la fake news, c'était autrefois une fausse information humoristique ayant pour fonction le divertissement et exprimant une forme de subversion et de critique sociopolitique des médias dominants, par exemple les *guignols de l'info* ou le *gorafi*. Elle a dérivé pour devenir aujourd'hui une information erronée et parfois mensongère, bénéficiant le plus souvent d'une large diffusion dans les médias, notamment sur internet et les réseaux sociaux, ayant pour but de manipuler ou de tromper son public.

La théorie du complot est un récit pseudo-scientifique qui tente d'expliquer des faits réels à la lumière d'une conspiration attribuée à un groupe malveillant. « Cette théorie prétend qu'un groupe de personnes dirige le monde en secret, tire les ficelles et influence la société selon son gré » (7). Selon cette mythologie, des groupes y jouent un rôle moteur et néfaste (les Francs-Maçons, les Jésuites, des Etats, mais surtout les Juifs). La rumeur joue un rôle prépondérant dans la fabrication des théories du complot.

Une rumeur est un récit d'explications d'évènements circulant d'une personne à une autre et se rapportant à un objet, un phénomène ou un problème commun. Alors, la rumeur est une « information inexacte ou exagérée qui se déforme à mesure qu'elle est transmise de façon directe par le mode du bouche à oreille ou de façon indirecte, via un média informationnel (télévision, presse écrite...) » (2).

En d'autres termes, les rumeurs sont « des énoncés informatifs invérifiés et potentiellement utiles que l'on colporte et qui apparaissent dans des contextes ambigus, réellement et potentiellement menaçants, et qui aident les gens à rendre intelligible leur environnement et à gérer la menace » (3).

Sur le plan social, elle implique une forme d'énoncé dont la véracité n'est ni rapidement ni jamais confirmée. C'est dans cette veine d'idées que Fine (2006) écrit que « les rumeurs circulent précisément parce qu'elles confortent des croyances raisonnables : il s'agit d'allégations trop bonnes pour être fausses » (2). Elle fait référence à la propagande.

Les termes de rumeurs, de désinformation et fake news sont parfois interchangeables. Tandis que la désinformation est considérée simplement comme une fausse information, les fake news sont considérées comme des nouvelles délibérément fausses mais conçues pour atteindre un objectif. En réalité, « les fake news traduisent des phénomènes sociaux nouveaux voire exclusifs qui tendent à amplifier les sujets sur lesquels les citoyens doivent opiner. » (8) quand la désinformation « repose sur la fabrication d'un faux message puis sa diffusion de façon qui semble neutre et dans un but stratégique. Il s'agit toujours d'agir négativement sur l'opinion publique pour affaiblir un camp. » (9)

Rumeur, fake news ou désinformation, l'intention est de tromper le lecteur ou l'auditeur avec des objectifs et techniques différents. Mais, qu'est-ce qui caractérise une rumeur ?

1.3.2. Caractéristiques de la rumeur

L'effondrement de la confiance sociale fait naître la rumeur. Cette dernière naît du sentiment que l'information émanant des organisations officielles est inexacte ou incomplète. Par conséquent, la vraie information doit émerger par d'autres moyens, laquelle est diffusée grâce aux rumeurs. Ainsi, la rumeur est caractérisée par sa plausibilité, sa crédibilité, son intensité, sa fréquence, sa diffusion, sa stabilité et ses limites (10).

Une rumeur est considérée comme plausible, lorsque l'information véhiculée se rapporte à la réalité quotidienne ou à l'expérience immédiate.

La crédibilité d'une information dépend des croyances des interlocuteurs, de la préexistence d'un récit ou de faits passés et des circonstances dans lesquelles elle est partagée. La crédibilité dépend de l'estime sociale ou la proximité que les propagandistes ont à l'égard des interlocuteurs. La réputation du narrateur est capitale pour qu'une rumeur soit considérée comme vraie. La force de persuasion d'une communication dépend fortement de sa perception comme crédible ou non. Dans les situations d'incertitude, la crédibilité fournit l'orientation nécessaire. La crédibilité est basée sur la perception subjective qu'une information correspond à la vérité et détermine ainsi le degré de volonté du destinataire d'adopter l'information reçue de la source comme vraie. La crédibilité est une construction hypothétique qui découle des interactions entre la source, le message et le destinataire (21).

L'intensité reflète la forme sous laquelle l'information est diffusée, susceptible de rendre les interlocuteurs méfiants à l'égard des sources officielles. La fréquence de la rumeur concerne le flux, c'est-à-dire le nombre de fois où une même information fautive circule au sein de la société.

La diffusion de la rumeur est marquée par sa vitesse de propagation et son extension. La capacité à diffuser une information, est relative au moyen utilisé. Internet a favorisé une diffusion large des rumeurs. La stabilité de la rumeur est temporaire, elle s'effrite avec le temps. Certains détails peuvent s'altérer face à des preuves plus crédibles. Les rumeurs présentent des limites, elles sont nuisibles, c'est une pratique menaçante (10). Au regard de son caractère temporaire, la rumeur peut jouer plusieurs fonctions.

1.3.3. Fonctions des rumeurs

Les rumeurs jouent un rôle essentiel dans de nombreuses facettes de la vie humaine, y compris psychologique, sociale et fonctionnelle. Tout comme les pandémies, elles représentent des ingrédients incontournables de la société humaine. Les rumeurs sont l'une des activités humaines les plus importantes, auxquelles participent quotidiennement les gens de toutes cultures et tous âges. Les fonctions sociales de la rumeur sont les suivantes : « rationaliser les croyances sociales, accentuer la cohésion du groupe, expliquer l'inexplicable et se valoriser socialement »(2).

La rationalisation de la croyance sociale par la rumeur correspond à la justification de la légitimité d'une opinion publique majoritairement acquise (préjugés, stigmatisation, théorie de complot). En ce qui concerne la cohésion d'un groupe social, les rumeurs sont généralement véhiculées au sein d'une communauté partageant les mêmes valeurs, orientations, cultures, rites et identités langagières (afro-américains, républicains).

Par ailleurs, la rumeur propose une compréhension de l'inexpliqué. Elle se présente comme une forme de rejet de la pensée rationnelle (scientifique). La rumeur assure le contrôle des événements irrationnels. « Face à des choses et à des actes quasiment impossibles à expliquer, au moins dans leur origine, tels que des épidémies subites, des attentats, des disparitions, il nous est nécessaire de recréer de la logique et de l'explicable ». La détention d'une rumeur assure la valorisation de soi. « Connaître une rumeur, c'est être le détenteur d'une information sensationnelle que les autres ne connaissent pas, et c'est par là une façon d'occuper une place de "prophète" détenteur d'un certain pouvoir social » (11).

De nos jours, les communautés numériques entretiennent davantage cet état de choses et sont devenues un moyen privilégié de distiller de fausses informations concernant tous les domaines. Tout ceci participe à la naissance, la diffusion et la propagation des rumeurs lors des catastrophes, crises ou épidémies.

1.3.4. Propagation de la rumeur

Dans nos sociétés actuelles, les médias (télévision, radio, journaux) et les réseaux sociaux véhiculent l'essentiel de nos informations et connaissances. « En France, d'après une étude de Médiamétrie (2018), 71 % des 15-34 ans déclarent utiliser quasi quotidiennement les réseaux sociaux pour s'informer, devant les journaux télévisés (49 %), les flashes infos des radios musicales (33 %), ou encore la presse quotidienne, y compris en ligne (29 %) » (12).

Mais, lorsqu'un doute subsiste concernant une nouvelle, les rumeurs prennent une importance capitale dans l'opinion publique (13).

La rumeur se propage rapidement sur les réseaux sociaux selon le degré de compréhension et de formation de l'opinion publique. Au fur et à mesure que les dernières nouvelles se déroulent, les gens comptent de plus en plus sur les médias sociaux pour se tenir au courant des dernières mises à jour. L'utilisation des médias sociaux, où les publications restent souvent non vérifiées longtemps après leurs publications, est idéale pour propager les rumeurs. Les utilisateurs semblent moins capables de distinguer les vraies des fausses rumeurs, lorsque leur véracité reste en cause. En fait, la tendance dominante des utilisateurs est de soutenir toute rumeur non vérifiée (14).

Malheureusement, internet est devenu une importante source d'information sur la santé et des rumeurs de santé non vérifiées peuvent être incluses dans les résultats de recherche liés à la santé. La diffusion de rumeurs sur internet est devenue de plus en plus répandue en raison de la prolifération des médias sociaux en ligne. Les rumeurs sont amplifiées par un groupe d'utilisateurs partageant des intérêts ou des points de vue similaires (15).

Toutefois, la pensée critique et le scepticisme sont des mécanismes fondamentaux que l'on peut utiliser pour empêcher la propagation de rumeurs, de fausses nouvelles et de désinformation (16).

1.3.5. Facteurs favorisant la propagation des rumeurs

Le processus de propagation des rumeurs est influencé par de nombreux facteurs dont la personnalité, qui joue un grand rôle dans la vitesse et la portée de la propagation des rumeurs. En effet, les personnes ayant des personnalités différentes se comporteront différemment après avoir entendu des rumeurs. Ainsi, la population peut être divisée en deux types : les radicaux et les stables. Alors que les « radicaux » sont les individus qui commencent à répandre la rumeur en étant catégoriquement convaincus de sa véracité, les « stables » rejettent toute sorte de rumeur et ne croient pas aux théories du complot (17).

En outre, la crédibilité des rumeurs et la corrélation entre les rumeurs et la vie des gens sont des facteurs importants qui influenceront la propagation. Aussi, une rumeur se propage lorsqu'une personne la raconte à une autre personne qu'elle rencontre jusqu'à ce qu'elle rencontre une autre personne qui l'a déjà entendue (18). Des rumeurs négatives se propagent

lorsque les informations crédibles sont limitées (surtout lorsque les individus sont anxieux, frustrés, blessés ou en colère).

D'autres facteurs concourent à la diffusion de la rumeur comme la nature du message et la source de l'information. La crédibilité attribuée à un message et une source sont considérées comme des variables d'influence décisives (19). L'utilisation de preuves pertinentes peut accroître la crédibilité et l'effet persuasif d'un message. Dans le même temps, les corrections sont moins efficaces si la désinformation a été attribuée à une source crédible. De plus, les corrections sont moins efficaces si la désinformation a été répétée plusieurs fois avant la correction, ou s'il y a eu un délai avant la correction (c'est le cas avec les mythes sur la santé) (20).

Les informations sur la santé dans les journaux sont généralement communiquées textuellement et/ou visuellement. De manière générale, les images dans la communication scientifique et médicale ont un pouvoir de persuasion dont la force peut varier selon le type d'image (8).

Les images qui rendent les preuves visibles peuvent être utilisées comme un outil de persuasion, car les images génèrent plus d'attention et sont plus faciles à traiter et à mémoriser que le contenu textuel et les individus considèrent que la plupart de ce qu'ils peuvent capturer visuellement est vrai. Dans la communication en ligne sur la santé, par exemple, les images sont souvent utilisées comme arguments visuels. En général, les images sont apprises, retenues, comprises et reconnues plus facilement et plus rapidement que les mots, car elles sont reçues dans des unités plus grandes que les informations textuelles ou verbales, que les destinataires capturent séquentiellement. Cependant, la façon dont une image affecte finalement les destinataires, dépend également de diverses variables d'influence. Par exemple, comme pour les processus de persuasion basés sur le texte (21), la crédibilité attribuée aux destinataires influence également la persuasion de l'image. On peut généralement dire que la crédibilité attribuée a une grande influence sur les croyances et donc sur les effets de la communication (22). L'un des critères les plus importants utilisés pour filtrer les informations et les juger fiables est la crédibilité.

La rumeur joue un rôle clé dans l'interaction sociale et sa propagation a une influence notable sur la vie humaine. Puisque la propagation des rumeurs et un mauvais contrôle des rumeurs

peuvent avoir de graves effets négatifs sur la société. Il est urgent de trouver des solutions appropriées pour freiner sa diffusion.

2. Méthodologie

Une revue narrative de littérature a été effectuée selon le guide PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

2.1. Source d'information et stratégie de recherche

Plusieurs bases de données ont été utilisées à savoir : PubMed, Cochrane, Cairn info, Persée et Google scholar. Toutes les études publiées avant le 10 août 2022 sont concernées.

2.2. Mots clés et équation de recherche

Les mots clés utilisés étaient en rapport avec les termes principaux du travail de recherche: rumeur, désinformation, VIH et sida. Ceci a permis d'avoir une équation de recherche qui est la suivante: (Rumeur OR Rumor) AND (Désinformation OR Disinformation) AND (VIH OR HIV) AND (SIDA OR AIDS).

Sur la base des résultats obtenus, d'autres mots clés ont été inclus pour spécifier les recherches tels que : origine, théories, Covid-19, complots, épidémies, conséquences, réseaux sociaux et fake news.

2.3. Critères d'éligibilité, sélection des articles

Pour être éligibles, tous les articles retenus dans cette revue devaient être des études ou documents publiés en anglais ou français et avoir un rapport avec au moins un des termes principaux.

La sélection des articles et documents a été représentée dans le diagramme de flux ci-dessous. Elle a été effectuée en trois étapes. Au cours de la première étape, tous les articles dont les titres étaient en rapport avec les termes principaux ont été recensés. La lecture des résumés de tous les articles sélectionnés a permis en deuxième étape de conserver les articles potentiels sur la base de leur pertinence pour répondre à la question de recherche. La dernière étape a consisté à la lecture entière de tous les articles et documents inclus dans ce travail de recherche.

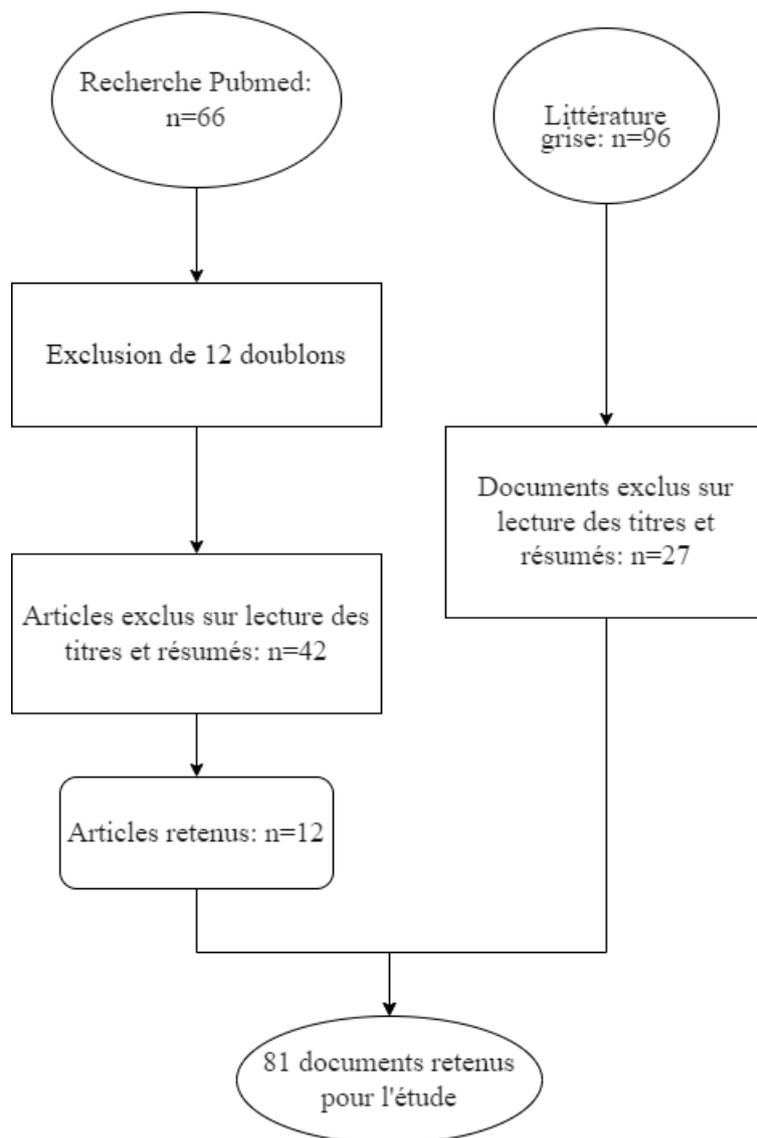


Figure 1: Méthodologie de recherche

3. Résultats

Au total, 162 documents ont été sélectionnés après recherche sur les différents serveurs et bases de données, 12 doublons ont été éliminés, puis 69 documents ont été éliminés sur lecture du titre ou du résumé. Pour certains, le résumé n'était pas disponible, d'autres n'étaient pas pertinents pour répondre à la question de recherche. 81 documents ont été retenus dans l'étude.

Plusieurs sources affirment que le virus n'existe pas, tandis que pour d'autres ce virus a été créé dans le but d'exterminer certaines populations. Dans un tel contexte, plusieurs rumeurs courent et contredisent la version officielle et scientifique selon laquelle, le sida est un syndrome dû à la présence du VIH dans l'organisme. Ainsi, les théories du complot s'étalent sur plusieurs hypothèses : le VIH est une création humaine, la thèse négationniste (le VIH n'existe pas ou n'est pas la cause du sida) et le VIH est un accident de laboratoire.

3.1. Les rumeurs sur les origines du VIH

3.1.1. Un accident de laboratoire

Une conjecture apparue dans les années 1990 a imputé la responsabilité du VIH à une mesure de santé publique : un vaccin contre la poliomyélite (29). En effet, à la fin des années 1950, plusieurs groupes de chercheurs développaient des vaccins contre la poliomyélite, qui à l'époque faisait encore des ravages dans le monde. L'un de ces vaccins, développé par le Professeur Hilary Koprowski, a été utilisé dans des essais en Afrique, après avoir d'abord été testé aux États-Unis. Le vaccin a été cultivé dans des tissus prélevés sur des singes macaques avant d'être administré à environ un million de personnes au Burundi, au Rwanda et dans l'actuelle République Démocratique du Congo.

Hilary Koprowski (1916-2013) dut quitter sa Pologne natale en raison de ses origines juives lors de l'arrivée des Allemands en 1939. Recruté en 1944 par les laboratoires pharmaceutiques Lederle de la firme American Cyanamid Company à Pearl River (New York), il s'installera aux États-Unis après un séjour au Brésil. A cette époque, la recherche pour trouver un vaccin contre la poliomyélite était intense car la maladie était particulièrement dangereuse pour les enfants. Jonas Salk, Albert Sabin et Hilary Koprowski furent les trois premiers à trouver un vaccin efficace. En 1948, Hilary Koprowski teste son vaccin antipolio oral sur lui-même, puis sur un de ses assistants. Constatant l'absence d'effet indésirable, il organise deux ans plus tard un essai clinique sur vingt enfants. Ses travaux

avaient porté sur les virus atténués, plus efficaces que les virus inactivés car ils fournissent une immunité plus longue et pénètrent directement dans le système digestif. De plus, la vaccination se fait par voie orale tandis que la vaccination contre la polio par le virus inactivé de Jonas Salk nécessite une injection et donc des moyens plus importants. Suite à ce premier succès, une course de vitesse s'engagea avec Albert Sabin pour l'obtention de souches atténuées. C'est ce dernier qui remportera la victoire pour une large commercialisation grâce à sa version du vaccin, plus performante que celle de Koprowski.

En 1992, alors que la pandémie de VIH/sida est déjà médiatisée, un journaliste américain, Tom Curtis, écrit un article dans le magazine *Rolling Stone* mettant en cause le vaccin antipolio (appelé CHAT, d'après « Charlton », le nom de l'enfant donneur du virus précurseur) développé par Hilary Koprowski et administré de 1957 à 1960 à un million de personnes, en grande partie dans l'ex-Zaïre (RDC) ainsi qu'à environ neuf millions d'enfants en Pologne. Sa théorie était que le vaccin avait été développé sur des cellules de singe vert d'Afrique infectés par le VIS/VIH, qui se serait ensuite transmis dans le vaccin ayant ensuite accidentellement déclenché la pandémie. Hilary Koprowski poursuivra Curtis et *Rolling Stone* pour propos diffamatoires et l'affaire sera réglée pour un montant symbolique de un dollar et une clarification de la rédaction de *Rolling Stone*. Quelques années plus tard il deviendra évident que les singes verts d'Afrique n'étaient pas la source du VIH-1, car leurs propres virus sont bien trop différents génétiquement.

Nonobstant la clarification de *Rolling Stone*, le journaliste britannique Edward Hooper publia en 1999 *The River : A Journey Back to the Source of HIV/AIDS*, qui reprend la même théorie selon laquelle les cellules de reins de chimpanzés cette fois-ci, utilisées par Koprowski pour produire son vaccin anti-poliovirus, auraient contenu le VIS /VIH, qui se serait ensuite transmis dans le vaccin ayant ensuite accidentellement déclenché la pandémie (30).

Hilary Koprowski a travaillé avec des chercheurs du laboratoire de santé publique de Stanleyville (aujourd'hui Kisangani) au Congo belge. Ce laboratoire avait une singerie, où quelques centaines de chimpanzés étaient gardés captifs, afin de vérifier expérimentalement l'efficacité et l'innocuité du CHAT. La théorie de Hooper était que le laboratoire de Stanleyville avait fourni des reins de chimpanzés dont les cellules avaient ensuite servi à produire le CHAT à l'institut Wistar de Philadelphie aux Etats-Unis, vaccin expérimental qui

avait ensuite été réexpédié au Congo pour être administré lors d'essais cliniques à la fin des années 1950, ce qui expliquerait le déclenchement de la pandémie.

Bien que les affirmations de Hooper aient été largement diffusées, les preuves ne soutiennent pas et dans certains cas contredisent directement l'idée d'un lien entre le CHAT et le VIH.

Une collecte de SIV dans les fèces de chimpanzés infectés vivant à l'état sauvage autour de Kisangani a été menée en 2004. Les études phylogénétiques (horloge moléculaire) ont montré que le virus SIV retrouvé dans les matières fécales de ces singes était clairement distinct de tous les virus du chimpanzé *Pan troglodytes troglodytes* qui a déclenché la pandémie. Cela a réfuté les affirmations de Hooper sous un autre angle encore : même si des cellules de chimpanzé infectées par le SIV de cette région avaient été utilisées pour fabriquer le vaccin, elles n'auraient pas pu être la source du VIH (31).

Des études épidémiologiques mettent également en évidence un sérieux problème avec les affirmations de Hooper concernant un lien entre le CHAT et le VIH : le VIH-1 a probablement été introduit chez l'Homme avant 1940 et dans une partie complètement différente de l'Afrique que le lieu de l'essai du vaccin contre la poliomyélite, probablement via des chimpanzés infectés au Cameroun. Les essais de vaccins au Congo ont eu lieu à la fin des années 1950, au moins une décennie après que le VIH ait commencé à se propager chez l'Homme, et probablement plus longtemps encore, selon des estimations plus récentes (32). Le vaccin ne pouvait pas être à l'origine d'un virus qui infectait déjà l'Homme depuis de nombreuses années.

Hooper, pourtant, maintient ses affirmations et allègue une dissimulation organisée, même si sa théorie a été largement reléguée au statut d'une théorie du complot démystifiée.

Voici les différents arguments qui permettent de rejeter fermement cette théorie :

- La pandémie ne s'est pas déclarée en Pologne, où 9 millions d'enfants ont été vaccinés avec le CHAT.
- Il n'existe aucune preuve documentaire que des cellules de chimpanzés aient jamais été utilisées pour produire le vaccin anti-poliomyélite : l'utilisation de petits singes du type *Macaca* étant bien plus aisée (33).
- Il aurait été impossible techniquement de développer un vaccin dans le laboratoire de Stanleyville.

- L'administration par voie orale du VIH dans le vaccin contaminé, pourrait difficilement infecter un nombre suffisant d'individus pour déclencher une pandémie. En effet, même si cette voie de transmission existe, notamment lorsqu'une mère porteuse du VIH allaite son enfant, la quantité de particules virales contenues dans le vaccin aurait été trop faible, comparativement à celle contenue dans les tétées quotidiennes que l'enfant prend jusqu'à ses deux ans.
- Certains flacons contenant du CHAT ont été retrouvés dans les congélateurs de l'institut Wistar, dans ceux du CDC (Centers for Diseases Control) d'Atlanta et au National Institute for Biological Standards and Control de Grande-Bretagne. Certains contenaient les mêmes lots qui avaient été utilisés au Congo belge. Ils ont été testés en aveugle par plusieurs instituts de recherche de différents pays, qui ne retrouvèrent aucun acide nucléique du VIH ou du VIS, ni ADN de chimpanzé, seulement de l'ADN de petits singes rhésus ou de macaques crabiers et dans un lot produit à partir de cellules humaines, de l'ADN d'Homo sapiens(34).

3.1.2. Une création des Etats-Unis : la théorie du complot

1. Créé par la CIA pour éliminer les Afro-Américains

Les croyances complotistes sur l'origine du VIH et le rôle du gouvernement dans l'épidémie de sida sont répandues aux Etats-Unis, en particulier dans la communauté afro-américaine. Certains auteurs ont trouvé dans une enquête aléatoire auprès d'Afro-Américains en Californie que 27% des Afro-Américains interrogés ont approuvé la croyance que « le VIH/sida est un virus créé par l'Homme et le gouvernement fédéral pour tuer et éliminer les Noirs »(35). De même, Bogart et Thorburn (2005) ont mené une enquête téléphonique aléatoire auprès d'Afro-Américains vivant aux États-Unis. Ils ont constaté que plus de 20 % des hommes et 12 % des femmes pensent que « le sida est une forme de génocide contre les Noirs ». Et plus de 30 % des hommes et 24 % des femmes ont affirmé que « le sida a été produit dans un laboratoire gouvernemental »(36). Ces deux études témoignent de la méfiance à l'égard du gouvernement et du traitement, fondée sur la discrimination raciale et des disparités dans le système de santé. Certains auteurs expliquent ces croyances chez les Afro-Américains par l'antécédent scandaleux de l'étude de Tuskegee sur la syphilis qui s'est déroulée sur quarante ans (37).

En 1932, le Service de Santé Publique des Etats-Unis (USPHS), en collaboration avec le Tuskegee Institute (Alabama), a lancé une étude visant à étudier l'histoire naturelle de la

syphilis pour mieux connaître l'évolution de cette maladie lorsqu'elle n'est pas traitée. Elle s'appelait à l'origine "Tuskegee Study of Untreated Syphilis in the Negro Male" (aujourd'hui appelée "USPHS Syphilis Study at Tuskegee"). L'étude portait initialement sur 600 hommes noirs - 399 atteints de syphilis, 201 qui n'avaient pas la maladie. Le consentement éclairé des participants n'a pas été recueilli. Les chercheurs ont dit aux hommes qu'ils étaient traités pour le "mauvais sang", un terme local utilisé pour décrire plusieurs affections, dont la syphilis, l'anémie et la fatigue, et que l'étude était censée durer six mois. En échange de leur participation à l'étude, les hommes recevaient des examens médicaux et des repas gratuits et une assurance funéraire.

En 1943, la pénicilline était le traitement de choix pour la syphilis et devenait largement disponible, mais durant toute l'étude les participants n'ont pas reçu de traitement.

En 1972, un article de l'Associated Press sur l'étude a été publié (38). En conséquence, le secrétaire adjoint pour la santé et les affaires scientifiques a nommé un comité consultatif ad hoc pour examiner l'étude. Celui-ci a conclu que l'étude était "éthiquement injustifiée", c'est-à-dire que les "résultats [étaient] disproportionnellement maigres par rapport aux risques connus pour les sujets humains concernés.". En octobre 1972, le comité a conseillé d'arrêter l'étude. Un mois plus tard, le secrétaire adjoint pour la santé et les affaires scientifiques a annoncé la fin de l'étude (39). En mars 1973, le comité a également conseillé au secrétaire du département de la santé, de l'éducation et du bien-être (HEW) (aujourd'hui connu sous le nom de département de la santé et des services sociaux) d'ordonner à l'USPHS de fournir tous les soins médicaux nécessaires aux survivants de l'étude. Le Tuskegee Health Benefit Program a été créé pour fournir ces services. Un recours collectif en justice intenté au nom des participants à l'étude et de leurs familles donnera lieu à un règlement à l'amiable de 10 millions de dollars en 1974. En 1975, les épouses, les veuves et les enfants des participants ont été ajoutés au programme de soins médicaux.

Le 16 mai 1997, le président Bill Clinton a présenté des excuses présidentielles officielles pour l'étude. Le dernier participant à l'étude est décédé en janvier 2004

Le mal était fait, et ce précédent reste dans la mémoire collective, notamment des Afro-Américains, et pourrait expliquer le surplus de croyances complotistes vis-à-vis du VIH/sida dans cette communauté.

2. Créé par le pentagone comme arme biologique contre l'URSS

En 1983, la rumeur commence à circuler que le sida aurait été créé par le département de la défense des États-Unis dans une installation de guerre biologique à Fort Detrick dans le Maryland. Voici la base de l'opération INFEKTION (ou « DENVER ») lancée conjointement par le KGB et la Stasi (40). Sous la pression diplomatique américaine, cette large opération de désinformation fut finalement abandonnée en août 1987.

Le contexte de tensions politiques, idéologiques et sociales a favorisé la fabrication et la distribution de la désinformation selon un modèle de mesures actives efficace jusqu'à la riposte américaine en 1987. Ce cas d'affrontement informationnel politique a mis en lumière les capacités du bloc soviétique face aux États-Unis durant la guerre froide ainsi que les conséquences à long terme d'une campagne efficace de désinformation par l'usage de la rumeur dans la politique mais aussi dans la société en général. L'opération INFEKTION par son efficacité, reste à ce jour une des mesures anti-américaines les plus réussies du KGB de toute la guerre froide.

Un contexte politique favorisant

Au début des années 1980, le sida émerge et se développe de façon exponentielle aux États-Unis puis en Europe et dans le reste du monde. Les connaissances scientifiques concernant cette nouvelle pandémie étaient alors limitées.

Élu à Maison Blanche en 1980, le candidat républicain Ronald Reagan généra dès son arrivée peur et aversion plus que tout autre président au cours de la guerre froide. Ronald Reagan marqua un nouveau tournant pendant cette période, en adoptant une position ferme vis-à-vis de l'URSS. C'est le retour en force des États-Unis sur la scène internationale. Les États-Unis dénoncèrent le bloc soviétique comme « l'Empire du mal » et lancèrent en 1983, un ambitieux projet de défense antimissile censé rendre le territoire invulnérable : L'Initiative de défense stratégique, dite « guerre des étoiles ». Cette opération visait à contraindre financièrement l'URSS et les crédits alloués par le Politburo dans la course à l'armement. Ce programme remit en question l'équilibre de la terreur, doctrine concrétisée en 1949 concernant la dissuasion nucléaire.

Le 12 novembre 1982, Iouri Andropov succéda à Leonid Brezhnev en tant que secrétaire général du parti communiste en URSS, jusqu'à sa mort en 1984. Nommé à la tête du KGB en

1967, cet homme sans scrupule représenta la répression contre les dissidents jusqu'à sa nomination en 1982. Iouri Andropov était persuadé que Washington planifiait une guerre nucléaire. Les bureaux du KGB à l'étranger avaient d'ailleurs pour instruction d'être attentifs au moindre signe de frappe.

Le lancement de la campagne de désinformation sur le sida

Le 17 juillet 1983, une lettre anonyme d'un scientifique et anthropologue américain dit reconnu mais non nommé est publiée dans le journal indien pro-soviétique, *The Patriot*. Cette lettre intitulée « AIDS may invade India : Mystery disease caused by US experiments » (en français, « Il se peut que le SIDA envahisse l'Inde : une maladie mystérieuse issue d'expériences américaines ») suggérait que le sida aurait été développé dans un laboratoire militaire américain. *The Patriot*, quotidien pro-soviétique alors tiré à environ 35 000 exemplaires par jour, aurait servi de média de désinformation soviétique. La rumeur était officiellement lancée.

Le 30 octobre 1985, le contenu de l'article du *Patriot* fut repris par le journal russe *Literaturnaya Gazeta*, très influent à cette époque et alors utilisé comme un organe de propagande. En 1986, la rumeur gagna en ampleur avec la publication d'un article, intitulé « Le SIDA, sa nature et ses origines » par un professeur à la retraite de l'Université Humboldt de Berlin (RDA), Jakob Segal, co-signé par son épouse Lilli Segal. Ils y affirmaient que le virus aurait été créé artificiellement à Fort Detrick, le principal laboratoire du United States Army Medical Research Institute of Infections Diseases. La même année, *The Truth*, publication américaine de gauche anticapitaliste, titrait : « Le SIDA est une guerre bactériologique du gouvernement américain contre les gays et les noirs ». La rumeur continue de se répandre. On pouvait lire dans la presse progressiste de dizaines de pays du monde que le sida aurait été créé dans un laboratoire du département de la défense des Etats-Unis et que des prisonniers américains avaient été utilisés comme cobayes pour des expériences militaires.

Le 30 mars 1987 représenta un moment charnière dans la campagne de désinformation. Le présentateur vedette Dan Rather annonça en direct, sur CBS News Evening, programme d'une chaîne télévisée américaine, qu'une publication militaire soviétique affirmait que l'épidémie mondiale de sida avait commencé suite à sa fuite d'un laboratoire américain

menant des expériences bactériologiques. Cette information erronée fut diffusée devant des millions de téléspectateurs américains.

Le rôle du rapport Segal

Afin d'apporter une base scientifique à la rumeur, les services soviétiques partirent du témoignage du professeur Jakob Segal, biophysicien est-allemand à la retraite de l'Université Humboldt (RDA). Jakob Segal fut présenté comme un scientifique français sans préciser qu'il était né en Russie et citoyen Est-Allemand afin de gommer toute proximité avec le bloc soviétique. L'étude de 1986, faisant office de caution scientifique, fut diffusée massivement par la presse soviétique, notamment lors de la huitième Conférence des Non-Alignés en septembre 1986, sous le titre "AIDS : USA home-made evil, NOT out of AFRICA" (en français : « SIDA : Un mal fait maison aux USA, PAS en AFRIQUE ») et relayé dans le monde entier.

Le rapport Segal reçut une couverture dans près de 80 pays et fut traduit dans près de 30 langues, principalement dans des publications socialistes, de gauche et d'extrême-gauche.

L'implication de la Stasi dans la campagne de désinformation et l'opération « DENVER »

La police secrète est-allemande, la Stasi, également impliquée dans cette campagne de désinformation, lui donna comme nom de code : Opération « DENVER ». Son but était d'«exposer les dangers pour l'humanité découlant de la recherche, de la production et de l'utilisation des armes biologiques, et de renforcer les sentiments anti-américains dans le monde et de déclencher des controverses politiques nationales aux États-Unis ».

La Stasi présenta une étude scientifique ainsi que d'autres documents démontrant que le sida résultait du fruit de la recherche sur les armes bactériologiques aux États-Unis et non en Afrique. Maîtres dans l'art de la « *dezinformatsiya* », les services soviétiques eurent recours à un panel de techniques et d'activités clandestines destinées à faire fuiter de fausses informations dans les médias étrangers en utilisant notamment la rumeur. Ils disposaient à cet effet de moyens considérables, la Stasi possédant un service entièrement dédié à la désinformation. Mieux que ça, le personnel des autres services devait dédier un certain temps de travail à élaborer des scénarios pour nourrir les différentes théories du complot (41). Pour s'assurer de l'efficacité de la rumeur, l'émetteur de la désinformation doit connaître la

mentalité du récepteur ciblé afin d'anticiper ses réactions. En effet, le système de valeurs, les normes et la perception du monde exercent une influence importante sur le comportement. Dans ce domaine, les spécialistes soviétiques et est-allemands avaient une excellente connaissance de la psychologie et du fonctionnement de la rumeur et de sa diffusion.

La réponse américaine : la publication du rapport Active measures working group (AMWG)

Face aux implications de cette campagne de désinformation sur la diplomatie et les relations américaines avec ses alliés, le gouvernement américain a cherché activement à contrer les accusations. Pour ce faire, il a mis à disposition le plus d'informations tangibles possibles sur la campagne de désinformation et sur le sida auprès des médias et des représentants des gouvernements étrangers.

D'un côté, l'ambassadeur américain basé à Moscou envoya des lettres de protestation aux éditeurs en chef de *Literaturnaya Gazeta* et *Sovyetskaya Rossiya* qui n'y répondirent pas et ne les publièrent encore moins. De l'autre, les ambassadeurs et les officiers des affaires publiques basés dans les ambassades américaines du monde entier écrivirent et rencontrèrent les rédacteurs en chef des publications de la désinformation. Le plus souvent, les éditeurs indiquèrent ne pas avoir eu l'intention de discréditer les États-Unis ou ne pas avoir conscience que la désinformation provenait de médias communistes.

Le gouvernement américain finit par passer par la voie diplomatique. Parmi les publications du AMWG, se trouva le rapport « Soviet Influence Activities: A Report on Active Measures and Propaganda, 1986 – 87 » (en français "Activités d'influence soviétiques : Un rapport sur les mesures actives et la propagande, 1986 - 87") publié en août 1987 qui exposa notamment la manière dont la désinformation soviétique contribua à discréditer le gouvernement américain. Le 29 Septembre 1987, le département d'État tint une conférence de presse au sujet de la parution de leur rapport, avec en couverture le journal Pravda accusant les États-Unis d'avoir créé le virus. Ce rapport servit par la suite lors des négociations entre le président Ronald Reagan, le secrétaire d'État américain George Schultz et le secrétaire général du Comité central du Parti communiste de l'URSS Mikhail Gorbatchev qui finit par donner raison aux États-Unis.

Après la chute du mur de Berlin en 1989 et la réunification de l'Allemagne, les officiers responsables de l'opération INFEKTION ont publié un livre en Allemagne « Auftrag

Irreführung. Wie die Stasi Politik im Westen machte » (en français : « Mission : induire en erreur. Comment la Stasi faisait de la politique à l'Ouest »). Ils décrivent en détail comment l'opération INFEKTION a été planifiée et réalisée. Ainsi, bien qu'il s'agisse d'une œuvre très élaborée, il est bien connu dans les pays germanophones que toute l'idée du VIH créé par l'Homme était un canular monté de toute pièce à des fins politiques. Le livre n'a cependant jamais été traduit dans d'autres langues.

3.1.3. La thèse négationniste : le sida n'est pas causé par un virus

1. Casper G. Schmidt : The Group-Fantasy Origins of AIDS

En juillet 1984, un psychanalyste new-yorkais du nom de Casper G. Schmidt a publié un article intitulé *The Group-Fantasy Origins of AIDS* (qu'on peut traduire par «les origines fantaisistes du sida»). La thèse de Schmidt était que le sida était une maladie psychosomatique. Il pensait qu'il était causé par une épidémie d'«hystérie de masse» et que les patients atteints du sida se pensaient, d'une certaine manière, malades. Selon Schmidt, le déclencheur du sida a été la montée de l'idéologie de droite en Amérique après l'élection de Ronald Reagan à la présidence en 1980. Les chrétiens conservateurs, dans leurs attaques réactionnaires contre les droits des homosexuels, auraient créé un psychodrame inconscient dans lequel les homosexuels auraient été qualifiés de honteux et souillés (42) (article retiré de Pubmed).

Selon Schmidt, les homosexuels auraient intériorisé ce récit homophobe et «ont essentiellement tourné leur agression vers l'intérieur (en somatisant les tensions) et ont joué le rôle du partenaire masochiste dans le rituel de bouc émissaire qui devait suivre». Face à la culpabilité et à la honte que leur inflige la Nouvelle Droite, les homosexuels «se sont retournés contre eux-mêmes, provoquant une vague de honte et de culpabilité induite par la dépression ». Les homosexuels seraient devenus dépressifs après 1980 et cette dépression aurait été la cause du sida. Il a affirmé que le type d'immunodépression observé dans le sida est également présent dans les cas de dépression sévère. Il ne donne aucun détail à ce sujet, disant qu'un article complémentaire allait bientôt suivre avec des détails sur la façon dont la dépression mène au sida, mais cela n'a jamais été publié.

Aucun autre détail n'est nécessaire pour voir que la théorie de Schmidt sur la dépression et le sida était inapplicable. Le fait est que les gens ne contractent pas le sida en étant déprimés. La dépression est aussi ancienne que l'humanité, alors que le sida était une nouvelle maladie

lorsqu'elle est apparue en 1981. La nouveauté du sida était reconnue même par ceux qui niaient qu'il était causé par un nouveau virus. De plus la théorie de Schmidt n'expliquait pas pourquoi les personnes qui n'étaient pas gay contractaient le sida. Les hémophiles, par exemple, n'étaient pas la cible de l'idéologie de droite. Schmidt a écarté ce problème, suggérant que ces personnes « s'impliquent par un effet de débordement sur la base d'une suggestibilité inhabituelle ou en raison d'une identification inconsciente à l'un des groupes à risque ».

En lisant l'article de Schmidt avec le recul, il est facile de voir la tragédie dans sa prédiction selon laquelle le sida disparaîtrait d'ici 2 à 4 ans une fois que quelqu'un (c'est-à-dire lui-même) l'aurait exposé comme rien de plus qu'une hystérie de masse. Quand on apprend que Schmidt, qui était homosexuel, est mort du sida en 1994, la triste ironie de son papier est indéniable.

Pourtant, l'article de Schmidt n'était pas seulement faux rétrospectivement. C'était évidemment et totalement faux à l'époque : l'idée que le sida n'était rien de plus qu'une hystérie de masse était déjà absurde à l'époque. Même ses collègues sceptiques sur les causes du sida n'acceptaient pas ses idées.

2. Peter H. Duesberg: HIV is not the cause of AIDS

Peter H. Duesberg est un rétrovirologue d'origine allemande, professeur de biologie moléculaire et cellulaire à l'université de Californie à Berkeley. En 1987, il publie un article dans la revue américaine *Cancer Research*, y affirmant que les données sérologiques ne permettaient absolument pas d'affirmer que le VIH était responsable du sida. Selon lui, il fallait trouver un autre agent, encore indéterminé. Duesberg attribue l'épidémie de sida à l'usage intensif d'amphétamines et de "poppers", qui dévasteraient le système immunitaire et seraient liés au développement de certains cancers comme le sarcome de Kaposi. Il s'inquiète de l'utilisation répandue et inappropriée de l'azathioprine (AZT), qui non seulement n'a pas d'efficacité prouvée mais détruit également le système immunitaire. Duesberg a qualifié l'AZT de "sida sur ordonnance" et le considère comme une autre cause du sida plutôt que comme un remède. Il soutient qu' « il n'y a aucune confirmation que la majorité des patients atteints du sida ont le VIH ». Il note en outre que les profils épidémiologique, immunologique et clinique du sida africain et américain sont radicalement différents et suggère qu'il s'agit de deux processus pathologiques distincts (le premier causé par la malnutrition, le manque

d'hygiène et les parasites et le second par les médicaments) regroupés à tort sous la même appellation.

Duesberg affirme que le VIH en lui-même est inoffensif, et que les personnes contaminées par ce virus seront traitées avec des médicaments dont il assure qu'ils sont la véritable cause du sida. De plus, il tient de source gouvernementale qu'il faut en moyenne 1000 rapports sexuels non protégés avec un partenaire séropositif au VIH pour être à son tour infecté. Il déclare toutefois que l'emploi de préservatifs peut être utile, après tout, car il « protège les gens de l'infection par le VIH, qu'ils pourraient attraper après 1000 rapports non protégés, les mettant ainsi à l'abri du sida que provoquerait le traitement anti-VIH »

3. Le groupe de Perth

Le Perth Group nie l'origine virale du sida, la fiabilité des tests de dépistage du VIH, le fait que le VIH attaque les lymphocytes CD4, toute efficacité des médicaments antirétroviraux tels que l'AZT et la capacité de la Névirapine à diminuer la transmission mère-enfant, comme en témoigne la profession de foi sur leur site, dont le contenu est toujours librement accessible sur internet.

Selon ce groupe, fondé en 1988 par des médecins australiens et conduit par Eleni Papadopulos-Eleopulos, «les experts du VIH/SIDA n'ont pas prouvé :

- L'existence d'un unique rétrovirus exogène acquis, c'est-à-dire, l'existence du VIH.
- Que les tests d'anticorps du « VIH » sont spécifiques au « VIH » infectieux.
- La théorie du VIH dans le SIDA, c'est-à-dire que le VIH provoque l'immunodéficience acquise (que la destruction des lymphocytes T4 entraîne l'immunodéficience acquise) ou que l'immunodéficience acquise entraîne le développement du syndrome clinique du SIDA.
- Que le « génome du VIH » (ARN ou ADN) provient d'une unique particule rétrovirale, exogène, acquise, infectieuse.
- Que le VIH/SIDA est contagieux, que ce soit par le sang, les produits sanguins ou les rapports sexuels.
- La transmission de la mère à l'enfant d'un rétrovirus VIH ou son inhibition par l'AZT ou la névirapine.»

Le Perth Group estime par ailleurs que « l'AZT ne peut pas tuer le « VIH » et est si toxique qu'il se peut, en fait, qu'il provoque effectivement quelques cas de SIDA! » et a proposé le stress oxydatif comme étant la cause unique du sida.

L'accumulation de preuves concernant les avantages importants des traitements antirétroviraux est actuellement considérée comme la principale confirmation du rôle du VIH dans l'apparition du sida, et cela a permis à plusieurs contestataires de revenir à leurs esprits.

Cependant, certains remettent en cause le mécanisme d'action supposé de la trithérapie, suggérant que son efficacité provient des propriétés oxydoréductrices intrinsèques des substances utilisées, dans le droit fil de l'hypothèse du stress oxydatif tendant à montrer l'importance des oxydants dans l'infection à VIH.

4. Alive and Well

L'un des principaux groupes de négation du VIH est actuellement « Alive and Well » de Christine Maggiore. L'histoire de la vie de Maggiore est au centre de ce groupe. Diagnostiquée séropositive en 1992, Maggiore affirme qu'elle n'a plus de symptômes depuis 14 ans sans l'utilisation de médicaments antirétroviraux, y compris les inhibiteurs de protéase(43). Dans son livre intitulé « What if Everything You Knew About AIDS Was Wrong » (en français « Et si tout ce que vous saviez sur le sida était faux ? »), elle explique que les tests de dépistage du VIH ne sont pas fiables, que les femmes enceintes séropositives ne peuvent pas transmettre le virus à leur bébé et que le sida n'est pas un problème de santé mondial. Elle a pris de l'importance et a été mêlée à la controverse après avoir donné naissance et allaité ouvertement ses deux enfants, Charles et Eliza Jane. Elle n'a fait tester aucun de ses enfants pour le VIH et n'a pas pris de médicaments antirétroviraux pendant sa grossesse ou l'allaitement ultérieur. Eliza Jane est décédée en septembre 2005 d'une pneumopathie opportuniste liée au VIH, bien que Maggiore ne soit toujours pas convaincue que le VIH ait joué un rôle dans la mort de sa fille, et a continué de prêcher son message à d'autres mères séropositives.

Maggiore a été l'une des "dissidentes du VIH" invitées à rencontrer le président sud-africain Thabo Mbeki lors de la 13e conférence internationale sur le sida qui s'est tenue en 2000 à Durban, en Afrique du Sud.

Elle raconte qu'en 1992, les médecins lui ont annoncé qu'elle était séropositive. Elle a passé un autre test qui était indéterminé, puis un test négatif, et enfin un autre test positif. Cette incertitude l'a amenée à remettre en question les connaissances scientifiques sur le virus et la maladie, et elle a alors créé Alive & Well AIDS Alternatives, une organisation à but non lucratif "fondée par des séropositifs qui ont appris à vivre dans le bien-être sans médicaments contre le sida et sans avoir peur du sida". Le site internet, en accès libre lui aussi, énumère différentes « thérapies » telles que la naturopathie, l'acupuncture, l'homéopathie, la détoxification et purification, etc.

Christine Maggiore est décédée à l'âge de 52 ans en 2008, de la maladie qu'elle disait ne pas exister et rejoint la triste liste des négationnistes morts après avoir mené une campagne vigoureuse contre le « mythe du sida ».

5. Le cas de l'Afrique du Sud

En 2000 la conférence internationale sur le VIH/sida de l'International AIDS Society se tient à Durban, organisée pour la première fois dans un pays du Sud. Le président d'Afrique du Sud Thabo Mbeki invite plusieurs négationnistes à rejoindre son Groupe consultatif présidentiel sur le sida, dont Peter Duesberg. La communauté scientifique répond par la Déclaration de Durban, un document où elle affirme que le VIH est la cause du sida et que signent plus de 5 000 chercheurs et médecins. La ministre sud-africaine de la Santé Manto Tshabalala-Msimang s'est aussi attirée de violentes critiques pour avoir souvent conseillé aux malades des remèdes comme l'ail, le citron et l'huile d'olive, en même temps qu'elle insistait sur la toxicité possible des médicaments antirétroviraux, qu'elle appelait « des poisons ». En septembre 2006, un groupe de plus de 80 chercheurs et universitaires a demandé « la révocation immédiate du Dr Tshabalala-Msimang comme ministre de la Santé et la fin de la politique désastreuse et pseudo-scientifique qui a caractérisé l'attitude du gouvernement sud-africain devant le VIH/sida ». Le gouvernement de Mbeki a été largement critiqué pour avoir retardé la mise en route de programmes destinés à fournir des médicaments antirétroviraux aux malades du sida dans un état avancé et aux femmes enceintes séropositives. Le programme national de traitement n'a commencé qu'après que la campagne d'action pour le traitement (TAC) eut conduit à intenter un procès contre les ministres du gouvernement, en les proclamant responsables de la mort de 600 personnes séropositives par jour parce qu'elles n'avaient pas pu accéder à la médication. L'Afrique du Sud a été un des derniers pays de la

région à commencer un tel programme de traitement et la mise en route a été beaucoup plus lente que prévu.

Mbeki a adopté ces opinions suite à une correspondance régulière avec des scientifiques dissidents, dont le biochimiste américain David Rasnick, le professeur de biologie moléculaire et cellulaire Peter Duesberg et l'avocat Anthony Brink qui a donné à Mbeki une copie de son livre, *Debating AZT* (44). Mbeki a remis en question les liens de causalité entre le VIH et le sida ainsi que la question de savoir si le virus était transmis sexuellement. Il pense que le sida est une maladie liée au mode de vie et que la pauvreté est la cause du sida. Mais, d'un point de vue biomédical, la position de Mbeki n'a pas de sens, il est possible qu'il réponde à une réalité différente (45). Ce n'était pas une immersion dans la littérature qui a aggravé le déni de Mbeki, mais une fixation sur une lutte politique plus large.

Ces exemples de désinformation ont des points communs : l'affirmation et la préservation du pouvoir, l'autoritarisme, l'apologie de la peur, la désignation de boucs émissaires pour détourner le blâme et la création ou le renforcement d'états de choc collectif, qui peuvent être utilisés pour faciliter la mise en œuvre de programmes politiques et économiques plus difficiles à réaliser en période de stabilité.

3.2. Implications

3.2.1. Conséquences néfastes pour la santé publique

Les différentes rumeurs sur les origines du VIH ont eu des conséquences néfastes sur la santé publique, en diminuant l'efficacité de la prévention et en augmentant le nombre de contaminations. L'Afrique du Sud est un pays très particulier, car les rumeurs sur le VIH ont eu des conséquences jusqu'au sommet de l'état, le président Mbeki niant l'importance de la pandémie et le lien entre VIH et sida.

J'utiliserai donc l'exemple de ce pays pour illustrer les ravages qu'ont entraîné ces rumeurs, en comparaison avec les pays voisins, l'Afrique sub-saharienne étant aussi très touchée par la pandémie.

1. Le contexte historique

L'Afrique du Sud est sortie du régime de l'Apartheid en 1990, puis a été présidée par Nelson Mandela, sorti de ses geôles où il avait été enfermé 27 années auparavant. Thabo Mbeki lui succèdera en 1999 et gouvernera pendant deux mandats, jusqu'en 2008. Il remettra sa

démission, poussé dehors par son propre parti l'ANC (Congrès national africain) suite aux difficultés économiques et sociales apparues lors de son second mandat.

L'Apartheid a doté l'Afrique du Sud d'un système de santé de renommée mondiale mais circonscrit aux zones géographiques blanches. Depuis la fin de l'Apartheid, la situation s'est détériorée en raison d'un plan de départ de fonctionnaires et médecins blancs lancé par le gouvernement et du développement de la corruption. Malgré cela, les infrastructures existaient, ce qui n'était pas le cas dans les pays voisins, comme le Zimbabwe, le Botswana ou l'Eswatini (ancien Swaziland).

L'Afrique du Sud s'est engagée à atteindre l'objectif ambitieux 90–90–90 de l'ONUSIDA d'ici 2020. Le but de cette stratégie est d'assurer que 90 % des personnes vivant avec le VIH soient dépistées et connaissent leur statut, que 90 % des personnes vivant avec le VIH reçoivent un traitement et que 90 % des personnes recevant un traitement aient une charge virale supprimée. Les dernières estimations fournies par Thembisa montrent que la situation en Afrique du Sud à la mi-2018 était de 90–68–88. Cela signifie que la suppression totale de la charge virale parmi toutes les personnes vivant avec le VIH était de 55 %, soit 18 % en deçà de l'objectif de 73 %.

En 2003, le gouvernement a révisé sa position tout en continuant à minimiser la causalité virale – il s'agissait là de justifier le manque de dynamisme de la politique de mise à disposition des antirétroviraux.

Les effets de la propagation des rumeurs sont nombreux. L'impact des campagnes de désinformation pendant une épidémie peut être important. Nous avons identifié les conséquences suivantes (46):

- La perpétuation et la persistance de la transmission
- La méfiance à l'égard des réponses du gouvernement, empêchant les gens de se faire soigner
- La désinformation directe sur la nature épidémiologique de la maladie, entravant la réussite des campagnes de soins
- La violence contre les installations d'intervention du gouvernement ou le personnel de santé
- La stigmatisation des personnes infectées, entraînant des violences à l'égard des personnes cherchant à se faire soigner

- Exacerbation d'un sentiment politique existant, y compris le sentiment antigouvernemental ou xénophobe
- Exacerbation des mouvements politiques existants, tels que les mouvements anti-immigration.

2. Conséquences démographiques

La méfiance médicale est bien documentée parmi les populations noires des Etats-Unis et les autres populations exposées à un risque de préjudice disproportionné.(47) Par exemple, l'approbation des croyances complotistes liées au VIH est associée à de pires résultats liés au VIH chez certaines populations noires (48). Malgré des avancées majeures en matière de connaissances sur le virus du VIH, les modes de transmission et les traitements qui peuvent réduire la charge virale et prolonger la vie, la propagation du VIH chez les Afro-Américains, en particulier les hommes Afro-Américains ayant des rapports sexuels avec des hommes, est restée obstinément résistante aux interventions. En 2006, 48,1 % des nouvelles infections à VIH aux États-Unis étaient attribuables à des contacts sexuels entre hommes. Les Afro-Américains avaient un taux de prévalence du VIH de 1 715,1 pour 100 000 (2 388 pour 100 000 pour les hommes et 1 122 pour 100 000 pour les femmes), alors que le taux chez les Blancs était de 224,3 pour 100 000 (394 pour 100 000 pour les hommes et 62,7 pour 100 000 pour les femmes) (49). Les Afro-Américains vont à l'encontre de l'expérience de la plupart des populations aux Etats-Unis, pour qui une meilleure connaissance du VIH/sida a conduit à des réductions de la morbidité et de la mortalité. Cette manifestation de méfiance liée au VIH peut inclure la croyance que le gouvernement fédéral américain a été impliqué dans la création ou la diffusion du VIH comme une forme de génocide contre les personnes de couleur, que les thérapies antirétrovirales sont nocives et qu'un remède est disponible mais est secrètement retenu par le gouvernement et les sociétés pharmaceutiques.(50)

En Afrique du Sud, sous la présidence de Thabo Mbeki, le déni du sida a été institutionnalisé aux plus hauts niveaux du gouvernement. Cette désinformation a retardé la reconnaissance officielle du VIH comme étiologie du sida et l'accessibilité à une thérapie antirétrovirale salvatrice, qui a directement contribué à plus de 340 000 décès évitables (51). Ces exemples de désinformation partagent certains points communs : affirmations et préservations du pouvoir, autoritarisme, alarmisme, recherche de boucs émissaires pour détourner le blâme, et création ou renforcement d'états de choc collectif, qui peuvent être utilisés pour faciliter la

mise en œuvre d'agendas politiques et économiques qui sont plus difficiles à atteindre en période de stabilité.

En Afrique du Sud, les taux nationaux de prévalence du VIH sont passés de 0,76% en 1990 à 10,44% en 1995 et 22,4% en 2000. En l'an 2000, on estime que 40% de tous les décès d'adultes en Afrique du Sud étaient dus au sida. Les rapports des décès entre 15 et 49 ans aux décès à 50 ans et plus en 1990 par rapport à 1999/2000 chez les hommes étaient de 0,66 et 1,00, respectivement, et chez les femmes, de 0,31 contre 0,78. En 1990, 38% des jeunes de 15 ans sont décédés avant l'âge de 60 ans. (52)

Comparativement en Ouganda, les premières estimations de la prévalence du VIH ont révélé que 18 % de la population générale de l'Ouganda était infectée en 1992. Mais, cette prévalence est passée à chez les adultes de 7,2 % en 2007. (53) Il y avait un total estimé de 135 300 personnes nouvellement infectées par le VIH en 2005 et 76 400 décès dus au sida sont survenus la même année. Tandis que le nombre de personnes infectées est évalué à 940 000 en décembre 2007. (54)

3. Conséquences économiques

En corrélation avec les conséquences démographiques liées à la propagation des rumeurs sur le VIH, l'économie des pays touchés a chuté. En effet, la richesse d'un état repose en grande partie sur la qualité de ses ressources humaines.

À cet égard, les campagnes d'intoxication et de désinformation ayant accompagné le VIH/sida ont eu d'importants dégâts économiques dans plusieurs pays comme l'Afrique du Sud, pays le plus touché ce jour par le sida. Les effets économiques de la pandémie du sida dans ce pays se résument comme suit :

- **Réduction de la main-d'œuvre**

La pandémie de VIH/sida a un impact sur l'offre de la main-d'œuvre, par l'augmentation de la mortalité et de la morbidité. Cette situation est aggravée par la perte des compétences dans des secteurs clés du marché du travail. En Afrique du Sud, par exemple, 20 % des étudiants infirmiers sont séropositifs.(55)

Au sein du secteur privé, la baisse des performances de la main-d'œuvre associée à l'augmentation des coûts de main-d'œuvre a découragé les investissements des entreprises

dans les communautés les plus touchées (56). Un cercle vicieux s'est installé, dans lequel la maladie a un impact négatif sur l'offre et la performance de la main-d'œuvre, entraînant des impacts négatifs sur l'investissement en capital, entraînant une baisse de l'emploi. À mesure que les revenus des ménages ont diminué, le VIH/sida a des impacts économiques négatifs sur le niveau de vie de la population. (57)

- **Réduction de la productivité du travail**

L'impact de la maladie sur le travail et la productivité a été très marqué. En effet, l'absentéisme des employés et les troubles fonctionnels dus au VIH/sida représentent des coûts tangibles pour les entreprises opérant dans des communautés fortement touchées.(56) Ainsi, ces deux conséquences ont entraîné une baisse de la productivité, dont le coût est ressenti le plus fortement par les entreprises qui dépendent d'une main-d'œuvre qualifiée et qui ont investi dans la formation des travailleurs. D'autres coûts pour les entreprises ont pris la forme d'avantages sociaux accrus (que ce soit pour le traitement ou pour les prestations aux familles en cas de décès), les coûts de recrutement de nouveaux employés et l'augmentation du temps de gestion consacré aux problèmes liés au VIH/sida des employés infectés. La longue période de maladie associée au sida réduit la productivité du travail. Une étude a rapporté que les coûts annuels associés à la maladie et à la réduction de la productivité en raison du VIH/sida étaient de l'ordre de 300 dollars par employé dans une société des chemins de fer. Ces coûts réduisent la compétitivité et les profits. Les revenus du gouvernement diminuent également, à mesure que les recettes fiscales diminuent, et que les gouvernements sont poussés à augmenter leurs dépenses, pour faire face à la prévalence croissante du sida, créant ainsi le potentiel de crises budgétaires. (55)

- **Réduction des exportations et augmentation des importations**

Une productivité intérieure plus faible a réduit le volume d'exportations, tandis que les importations de biens de santé coûteux ont augmenté. La baisse des recettes d'exportation était sévère, car des secteurs stratégiques de l'économie ont été touchés, comme l'exploitation minière en Afrique du Sud. Par conséquent, la balance des paiements (entre les recettes d'exportation et les dépenses d'importation) était sous pression en même temps que les budgets publics. Cela a entraîné des défauts de remboursement de la dette et nécessité une aide économique de la communauté internationale. (55)

En général, l'impact négatif du VIH/sida sur les résultats du développement en Afrique du Sud est bien connu. Parce que les taux élevés de maladies liées au VIH et de décès prématurés d'adultes ont compromis la stabilité des ménages et l'investissement dans l'éducation des enfants ; mis l'accent sur la famille élargie et les réseaux communautaires élargis et diminué l'offre de main-d'œuvre et la productivité tout en augmentant les coûts pour les ménages, les institutions publiques et les entreprises du secteur privé.

- **Impacts au niveau des ménages**

Le VIH/sida infecte et tue préférentiellement les adultes jeunes et d'âge moyen, ce groupe d'âge qui comprend les chefs de famille, les mères et les pères de jeunes enfants et d'adolescents, les soignants, les transmetteurs de connaissances et de compétences agricoles et de subsistance, bref les « forces vives » d'un pays. Les effets néfastes de l'épidémie et ses corollaires sur le développement à long terme des pays africains commencent donc dans le ménage par la détérioration de l'état de santé des membres adultes. La maladie et la mort éventuelle épuisent les réserves financières existantes du ménage et compromettent le potentiel de revenu et de production alimentaire des adultes. Cette érosion de la résilience des ménages sape les soins et l'investissement financier pour les plus jeunes. Au sein des communautés touchées, la mise en péril de l'avenir des enfants affaiblit les perspectives de développement à long terme.

- **Un déclencheur de pauvreté**

Le VIH est transmis sexuellement. Il est débilitant et mortel. La plupart des maladies et des décès causés par l'infection surviennent chez des adultes en âge de reproduction et de productivité économique. Outre le fait d'être orphelin et ses effets durables, la morbidité et la mort prématurée des adultes liées au VIH/sida affectent le développement économique de plusieurs manières directes et indirectes. Les analyses de la mobilité des revenus et la pauvreté dans les ménages pauvres touchés par le VIH/sida en Afrique du Sud révèlent cette dynamique désastreuse (58). En comparant les résultats dans une cohorte de ménages touchés par le VIH/sida avec les résultats dans un groupe témoin, il a été observé une association entre la morbidité et la mortalité liées au VIH/sida et la mobilité à la baisse des revenus dans les ménages affectés. De plus, l'intensité de la mobilité des revenus augmente avec le niveau de maladie et de décès subi par le ménage. Enfin, les déterminants conventionnels de la pauvreté, les effets de la morbidité et de la mortalité liées au VIH/sida sur la mobilité des revenus entraînent les ménages vers la pauvreté chronique.

Bon nombre des plus pauvres sont des femmes, qui dirigent souvent les ménages les plus pauvres d'Afrique du Sud (59).

Les caractéristiques des pauvres sont bien connues, de même que certains des facteurs de causalité, tels que le mariage précoce, qui contribuent à une culture de la pauvreté. Le fait est que les enfants d'une communauté pauvre deviennent souvent les pauvres des générations suivantes. De même, les enfants orphelins des rues bénéficient d'un bien-être extrêmement bas et reçoivent beaucoup moins d'éducation que les autres enfants. Par conséquent, ils sont plus exposés aux risques pour la santé, à la prostitution, à la toxicomanie, à l'infection par le VIH et à la criminalité (60). On comprend que les enfants rendus orphelins par le sida sont plus vulnérables que les autres aux risques d'infection par le VIH et à la perpétuation de la pauvreté, avec peu ou pas d'accès aux soins de santé.

- **La sécurité alimentaire**

La dynamique décrite ci-dessus s'applique également aux ménages dont les moyens de subsistance dépendent de la production agricole. Le VIH/sida a aggravé la pénurie alimentaire en Afrique du Sud. Cela s'explique par la perte de la main d'œuvre agricole et la sécheresse.

Des études menées dans plusieurs pays de la région ont établi un lien entre la baisse de la production alimentaire des ménages et l'infection à VIH chez les adultes. Des études gouvernementales font état de baisses particulièrement spectaculaires de la production alimentaire et de l'utilisation des terres agricoles (61). Par ailleurs, elles montrent des changements dans les schémas d'utilisation des terres, y compris l'arrêt des cultures à forte intensité de main-d'œuvre et la réduction des pratiques de gestion agricole (62). La vulnérabilité varie en fonction de la composition du ménage, ainsi que du sexe et du stade de la maladie du chef de famille infecté. Certaines recherches rapportent un impact négatif plus important de la perte de travail d'un homme adulte chef de famille, tandis que d'autres suggèrent que les impacts sur la sécurité alimentaire des ménages sont plus graves si les femmes adultes sont infectées (63). Également, le VIH/sida a un impact sur la sécurité alimentaire au-delà des ménages agricoles, s'étendant à un système plus large d'échanges familiaux de nourriture et d'envois de fonds (64).

En définitive, le VIH/sida a eu un impact désastreux sur la santé économique et sociale des nations fortement touchées et sur leurs développements telles que l'Afrique du Sud.

L'épidémie a réduit le stock de compétences, d'expérience et de capital humain et, à son tour, fait grimper les coûts et diminué la productivité. Elle détourne les ressources de l'épargne et de l'investissement, interrompt les transferts générationnels de connaissances, affaiblit le système éducatif et menace la sécurité alimentaire et humaine.

3.2.2. Riposte des associations et des politiques

1. Les associations de malades du sida : une première dans la collaboration médecin-malade

En France, l'histoire des associations de lutte contre le sida commence en 1984, lorsque Daniel Defert lance cet appel : « Face à une urgence médicale certaine et une crise morale qui est une crise d'identité, je propose un lieu de réflexion, de solidarité et de transformation, voulons-nous le créer ? » Par cet appel, Daniel Defert, dont le compagnon et philosophe Michel Foucault vient de mourir du sida, crée l'association AIDES qui trouvera des relais pour faire valoir les préoccupations des associations de militants homosexuels, notamment auprès de Médecins du Monde et de La Ligue des droits de l'Homme. L'engagement de l'Etat auprès des associations reste cependant très timide : en 1986, AIDES reçoit 250000 francs (40000€ actuels) pour une année.

En 1988 Michèle Barzach est nommée ministre de la santé, et oriente la politique de santé publique d'après le rapport sur le sida remis par Claude Got. L'Agence française de lutte contre le sida et l'Agence nationale de recherche sur le sida sont créées. Les associations reçoivent enfin des fonds publics qui viendront s'ajouter aux levées de fonds privés, et leur permettront d'exprimer aux pouvoirs publics les attentes des malades et de toute la société, tout en gardant leur indépendance.

Les associations vont acquérir une expertise, y-compris sur des questions techniques. Elles se regroupent au sein du TRT-5 pour accéder et partager le savoir (65). Leurs travaux portent notamment sur l'éthique de la recherche, l'accès aux traitements innovants et les droits des personnes. Leur expertise sera reconnue et sollicitée : elles coproduisent tous les deux ans le rapport d'expert français sur la prise en charge des personnes séropositives avec des scientifiques. Leur champ d'action s'étend aussi aux services pour les personnes séropositives, avec des programmes d'aide à domicile, des ateliers de soutien, des guides juridiques sur les droits sociaux, etc.

Après l'affaire du sang contaminé en 1992, la parole publique est affaiblie et le rapport des associations à l'Etat jusqu'ici contestataire devient affrontement. La lutte contre le sida devient publique, avec des altercations sur les plateaux de télévision (66), l'« emballage » de l'obélisque de la Concorde avec un préservatif géant pour critiquer l'absence de politique de prévention. ActUp, association née outre-Atlantique en 1987, devient le visage de ce militantisme plus agressif face aux pouvoirs publics pour faire entendre ses revendications. Seulement six mois après sa fondation, ActUp-Paris déployait une grande banderole sur les tours de Notre-Dame de Paris pour pointer du doigt l'attitude de l'Eglise catholique, opposée à l'usage du préservatif notamment.

Après 2000 et le succès des trithérapies ARV introduites dans les pays riches du Nord depuis 1996, les associations de militants se mobilisent pour l'accès universel aux traitements : elles apportent aux Suds les premiers traitements, puis vont combattre avec les associations locales pour la mise en place du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme créé en 2002 (4 milliards de dollars investis chaque année).

Les stratégies de communication des associations ont eu un rôle bénéfique : la plupart des rumeurs ne circulent plus, malgré l'accélération de l'information avec les réseaux sociaux. Quelques groupuscules négationnistes persistant sur internet, mais leur implication reste difficilement mesurable.

Comme le soulignent dans une des rares revue générale sur le sujet, Tara C. Smith et Steven P. Novella (67), le sida est devenu le nouveau thème de ceux qui nient en bloc, ou qui cherchent derrière chaque événement de la planète, un complot :

« Internet a servi de médium fertile et non référencé pour répandre ces croyances négationnistes. Le Groupe pour la Réévaluation Scientifique de l'Hypothèse VIH/SIDA (Reappraising AIDS) notait: « Merci à l'ascendance d'Internet, nous sommes maintenant capables de revigorer notre campagne d'information. » Internet est un outil efficace pour cibler les jeunes, et pour répandre tout type de désinformation à l'intérieur d'un groupe à hauts risques d'infection par le VIH. »

En réponse à ce phénomène, des sites officiels, comme celui du National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NAID), de celui des Centers for Disease Control, ou bien le site spécifique Aidstruth aux Etats-Unis, ont mis en ligne des articles répondant point par point aux théories révisionnistes du sida.

2. La politique de santé publique en Afrique du Sud

Depuis 1994, le gouvernement sud-africain a lancé plusieurs stratégies globales de lutte contre le sida.

Entre 1990 et 1994, la National AIDS Convention of South Africa (NACOSA), une ONG à laquelle étaient affiliés le gouvernement, le secteur privé, les syndicats, les organisations non gouvernementales, communautaires et confessionnelles, s'est lancée dans une stratégie nationale de lutte contre le VIH/sida (68).

Entre 1994 et 1999, le Gouvernement d'unité nationale (sous Nelson Mandela) a adopté the National AIDS Plan for South Africa (NAP) comme politique officielle, le rebaptisant the HIV/AIDS and STD Programme (NACOSA) 1995–1996. Le sida a également été déclaré projet présidentiel, ce qui lui a donné un accès préférentiel aux fonds publics.

La première stratégie publique globale sur le VIH et le sida était basée sur des prescriptions politiques inclusives et centrées sur les droits de l'homme au sein d'une structure multisectorielle, avec des unités de mise en œuvre dans les principaux ministères de la Santé et du Bien-être, de l'éducation et de la défense (69). Le contenu du programme national comprenait tous les éléments requis par les parties prenantes de la politique de lutte contre le VIH et le sida. Un vaste processus de consultation a permis d'assurer que la majorité des parties prenantes importantes de la lutte contre le sida (responsables du Programme mondial de lutte contre le sida de l'OMS, société civile, entreprises, partis politiques, universitaires, militants de la lutte contre le sida et syndicats) étaient impliquées en tant qu'acteurs dans la phase d'élaboration des politiques (68).

La réforme globale du secteur de la santé énoncée dans le Plan national de santé a réorienté les soins de santé loin de leur fort accent curatif, hospitalier et privé vers des soins de santé plus socialistes, mettant l'accent sur des Soins de Santé Primaires accessibles et équitables basés sur un système de santé de district. De cette manière, le programme reflétait les grands objectifs macro-économiques et de développement du Programme de reconstruction et de développement (PRD) en définissant le sida comme une question de développement et de droits de l'homme (70).

En 1996, l'élaboration d'une politique sur le sida par le gouvernement d'unité nationale est entrée dans une deuxième phase. Le PRD plus libéral a été remplacé par the Growth,

Employment and Redistribution Programme (GEAR). Ce dernier a fixé des objectifs explicites et très ambitieux de réduction du déficit budgétaire. Le gouvernement a affirmé qu'une telle action était nécessaire pour assurer la stabilité macro-économique nécessaire à l'investissement, à la croissance et à la redistribution et a souligné qu'il accordait la priorité aux dépenses du secteur social dans le budget de l'État (71).

En octobre 1998, un nouveau partenariat contre le sida est né. Il s'agit du Governmental AIDS Action Plan (GAAP). Le contenu du GAAP a été construit de manière à s'assurer que le VIH/sida fasse partie de l'agenda de tous les ministères (68).

Lorsque Mbeki a succédé à Mandela à la présidence de l'État en 1999, l'épidémie de VIH/sida avait déjà pris des proportions terrifiantes : environ 4,2 millions de Sud-Africains vivaient avec le VIH et 1 600 personnes supplémentaires étaient infectées chaque jour (72). De plus, la fracture entre le gouvernement et la société civile dont son administration a hérité freinera toute stratégie globale de lutte contre le sida.

Immédiatement après son entrée en fonction, le président Mbeki a ordonné l'élaboration d'un document de politique quinquennale sur le VIH/sida/MST. Le Plan stratégique VIH/sida et MST pour l'Afrique du Sud 2000-2005 a réitéré les principes clés du programme national de 1994, et a également créé plusieurs structures institutionnelles à différents niveaux de gouvernement pour conduire le programme mise en œuvre. Parmi celles-ci, au niveau national, the South Africa AIDS Council (SANAC) avec des représentants du gouvernement et de la société civile pour garantir l'approche holistique de la nouvelle stratégie.(73) Cependant, il y avait un dualisme entre la déclaration et l'action du gouvernement. Le contenu de la politique était critiqué pour son manque d'engagement clair envers les options de traitement, telles que la fourniture de traitements ARV, ainsi que pour l'absence de plans clairs et mesurables, de délais et d'un budget dédié à la mise en œuvre (74). Bien que le Plan stratégique exprime un grand engagement politique envers une action multisectorielle sur le VIH/sida, les opinions dissidentes et obscures du président et de la ministre de la Santé minaient la capacité de l'État à se mobiliser et à mener une réponse unie à l'épidémie en Afrique du Sud. Malgré des preuves scientifiques convaincantes que la thérapie ARV est à la fois essentielle et rentable pour la prévention et le traitement du sida, le gouvernement a remis en question à plusieurs reprises l'étiologie du sida et l'efficacité, la sécurité et l'accessibilité financière des médicaments ARV dans le cadre de la riposte nationale à l'épidémie.(75) En réponse, la société civile a tenté de forcer le gouvernement à mettre en

œuvre des stratégies de thérapies ARV et de prévention de la transmission mère-enfant (PTME) par le biais d'actions de masse et de désobéissance civile (76).

En avril 1999, le gouvernement a annoncé son intention de faire du VIH et du sida des conditions médicales à déclaration obligatoire, une mesure qui a propulsé le contenu de la politique sur le sida (77). En réponse à ces actes d'élaboration et de mise en œuvre de politiques régressives, the Treatment Action Campaign (TAC) a émergé. Fondée en décembre 1998 par Zackie Achmat, un activiste séropositif anti-apartheid, elle demande l'accès au traitement pour tous les Sud-Africains. A ce moment-là, alors que les trithérapies étaient disponibles et avaient changé la donne dans les pays riches, la plupart des Sud-Africains ne connaissaient même pas leur existence. La force de la TAC est son utilisation de la plaidoirie pour lutter pour la réalisation du droit à la santé, qui est inscrit à la fois dans les traités internationaux et dans la Constitution sud-africaine. Traités internationaux qui ont d'ailleurs permis au peuple brésilien d'avoir accès de manière très précoce aux thérapies ARV. La TAC a non seulement mené le gouvernement devant les tribunaux pour qu'ils répondent de leur inaction, mais elle a aussi négocié avec les firmes pharmaceutiques afin que celles-ci abaissent leurs prix afin que les Sud-Africains les plus pauvres puissent avoir accès aux traitements ARV.

En Afrique du Sud, les ONG constituent la première ligne de défense contre le sida, parmi lesquelles nous pouvons citer (78) :

Nom des organisations	Description	Année de fondation	Type d'action
AIDS Foundation of South Africa (AFSA)	Grande organisation faîtière qui agit comme intermédiaire entre les donateurs et les autres organisations communautaires de lutte contre le VIH/sida	1988	Développement
AIDS Consortium	Organisation en réseau qui fournit un renforcement des capacités aux affiliés	1992	Développement
AIDS Legal Network (ALN)	Répond aux défis éthiques et juridiques liés au VIH/sida	1994	Développement
Children in Distress Network (CINDI)	Réseau multisectoriel de plus de 300 organismes gouvernementaux et de la société civile s'occupant des enfants	1996	Développement

	touchés par le VIH/sida		
South African National AIDS Council (SANAC)	Création du premier organe politique de haut niveau pour superviser la riposte nationale au VIH/sida	1997	Développement
Treatment Action Campaign (TAC)	Plaidoyer pour un accès accru aux services de traitement, de soins et de soutien pour les personnes vivant avec le VIH et campagnes pour réduire les nouvelles infections à VIH	1998	Développement
Nurturing Orphans of AIDS for Humanity (Noah)	Renforcer la capacité des communautés à prendre soin de leurs enfants orphelins et vulnérables	2000	Soin
Mothers2Mothers	Éradiquer la transmission mère-enfant du VIH	2001	Soin
Centre for the AIDS Programme of Research in South Africa (CAPRISA)	Mène des recherches qui contribuent à la compréhension de la pathogenèse, de la prévention et de l'épidémiologie du VIH.	2002	Développement
HIVSA	Fournit des soins thérapeutiques aux personnes infectées et affectées par le VIH/sida	2002	Soin

4. Discussion

Au cours de notre travail de recherche sur le VIH/sida, nous avons pu identifier plusieurs fausses informations ou théories tentant d'expliquer l'origine du VIH, les raisons et les objectifs visés par son apparition. Alors, le VIH serait une création humaine ou un accident de laboratoire. Ces types de rumeur sont également apparus lors de la pandémie de la Covid-19.

4.1. Création humaine

Une des rumeurs les plus connues sur les origines du VIH est qu'il aurait une origine humaine. Qu'il serait créé par la CIA pour éliminer les afro-américains et les gays ou créé par le pentagone comme arme biologique contre l'URSS. Ces croyances ont également émergé lors de la pandémie de la Covid-19.

Alors que les efforts mondiaux pour contrôler la Covid-19 se poursuivent, les arguments sur l'origine et la façon dont le virus se propage se sont intensifiés. De nombreuses théories du complot ont été alimentées par des déclarations faites par des dirigeants mondiaux, des responsables gouvernementaux, des politiciens et des théoriciens du complot. Le président américain, Donald Trump, a qualifié la Covid-19 de virus chinois et a accusé la Chine de le fabriquer dans un laboratoire de Wuhan. Le président américain a continué d'accuser la Chine de sous-estimer le nombre total de cas et de cacher les statistiques sur son taux de mortalité. Les théoriciens du complot affirment que le gouvernement chinois a cherché à dissimuler la vérité au reste du monde. La Chine, cependant, a rejeté toutes ces accusations. Dans son interview avec la BBC, l'ambassadeur de Chine au Royaume-Uni, Xiaoming (2020, 30 avril) a déclaré : « la Chine n'est pas l'ennemi des États-Unis, ce virus est l'ennemi des États-Unis ». Dans le même temps, les responsables chinois ont soutenu une autre théorie, affirmant que l'armée américaine avait amené le virus à Wuhan. La Chine suggère également que les États-Unis cachent quelque chose sur leur réponse à la Covid-19 et exige une réponse des États-Unis. On voit ici un parallèle avec les rumeurs qui avaient été lancées par le KGB en pleine guerre froide sur l'origine du VIH pour discréditer le gouvernement américain.

Ce ne sont pas seulement les gouvernements qui ont approuvé les théories du complot. Il y a aussi des théoriciens du complot comme David Icke, qui suggère que le SARS-CoV-2 se propage par les tours 5G. Cela a conduit certains de ses partisans à endommager des tours de télécommunication à travers l'Europe. À la suite de ses nombreuses désinformations au sujet

de la pandémie, les comptes de David Icke sur les réseaux sociaux YouTube, Twitter et Facebook se sont vus supprimés. Un article de recherche de l'Indian Institute of Technology a affirmé que quatre protéines du nouveau coronavirus présentaient des similarités et des ressemblances avec celles du VIH, notamment gp120 et la protéine GAG. L'auteur affirme qu'il s'agit d'une évolution non conventionnelle, laissant entendre qu'il y a eu manipulation pour rendre le nouveau coronavirus plus virulent et pathogène pour l'homme (79). Les théories du complot dominantes se déclinent en deux variétés : celles qui suggèrent que le virus est développé en laboratoire en tant qu'arme biologique et celles qui doutent de la gravité du virus (80). Cependant, il n'y a aucune preuve scientifique qui soutient ces théories.

On retrouve les mêmes populations à risque, notamment les afro-américains, qui sont moins bien vaccinés contre la Covid-19, pour les mêmes raisons qu'ils sont plus contaminés par le VIH : leur méfiance vis-à-vis des institutions médicales et de l'autorité.

4.2. Accident de laboratoire

Une autre rumeur aujourd'hui complètement démontée est que le VIH serait accidentellement issu d'une erreur de laboratoire. La théorie était que des cellules de chimpanzé infectées par le SIV avaient servi d'hôtes à la culture du virus de la poliomyélite pour développer le vaccin antipoliomyélitique oral. Cette thèse de l'origine du VIH est similaire à celle de l'origine accidentelle de la Covid-19 au laboratoire de Wuhan en Chine. En effet, une possibilité pour l'origine de la pandémie de Covid-19 est que le virus SARS-CoV-2 ait été étudié dans un laboratoire où un accident s'est produit, provoquant l'infection d'un ou plusieurs travailleurs de laboratoire. Wuhan abrite deux instituts de recherche dont un laboratoire P4 (« pathogène de classe 4 » susceptible d'abriter des micro-organismes très pathogènes (l'Institut de virologie de Wuhan et le laboratoire de santé publique du Centre de contrôle et de prévention des maladies de Wuhan) dans lequel des recherches sur les coronavirus étaient en cours au moment du début de la pandémie. Dans une large mesure, les soupçons initiaux selon lesquels un accident de laboratoire était responsable de la pandémie se sont tournés vers la présence de ces deux laboratoires à Wuhan et les zones d'ombre entretenues par la Chine concernant le début de la pandémie (79). Les autorités chinoises ont largement sous-estimé le nombre de premiers cas et ont dangereusement minimisé l'ampleur et la gravité du virus, probablement afin de ne pas perdre la face. Les accidents, bien sûr, arrivent. Mais, lorsque des accidents de laboratoire se sont produits, ils n'ont généralement affecté que le personnel

de laboratoire et parfois des contacts étroits. Bien que cela soit théoriquement possible, aucune épidémie ou pandémie antérieure n'a pris naissance dans un laboratoire de recherche biologique.

4.3. Recommandations : solutions pour endiguer les rumeurs

En période de crise, qu'elle soit économique ou sanitaire, la communication devient un enjeu majeur pour freiner les rumeurs et susciter la confiance de la population. Des informations claires et utiles ainsi qu'un canal valide pour la diffusion de l'information sont nécessaires pour rassurer le public. Ainsi, le niveau de panique sociale peut être freiné. L'expansion et la propagation de rumeurs et ses effets indésirables peuvent être empêchés. Dans le même temps, une plateforme d'information interactive unique peut mieux établir la crédibilité des autorités.

De plus, des approches ciblées pour atteindre les personnes mal informées avec des informations correctives sont nécessaires. Les praticiens de la santé publique et les fournisseurs de soins de santé pourraient tenter d'identifier et de pénétrer les communautés d'information en ligne où la désinformation est endémique pour offrir des informations fondées sur des preuves, diriger les utilisateurs vers des sources crédibles ou fournir un contre-message.

Enfin, des efforts de prévention au niveau du système sont également nécessaires, comme une législation exigeant que les plateformes de médias sociaux suppriment les informations erronées potentiellement nuisibles ou des incitations à accroître l'adoption de pratiques qui rendent plus difficile pour les utilisateurs de trouver et de partager des informations erronées. Améliorer l'éducation aux médias et à la science pour réduire la vulnérabilité à la désinformation est une autre stratégie de prévention importante. De tels efforts pourraient sensibiliser le public aux techniques utilisées par les agents de désinformation et accroître la compréhension du public sur l'incertitude et la complexité inhérentes à l'information sur la santé et la science afin d'induire un scepticisme sain à l'égard des allégations trop simplistes ou sensationnelles (81).

La riposte contre l'épidémie du VIH/sida et les conséquences des rumeurs sur la maladie s'organise à travers une stratégie de communication efficace. Lors d'une riposte à une épidémie, une équipe d'experts en communication, est composée essentiellement des spécialistes des affaires sanitaires, des experts en communication des risques, des experts en

médias numériques ou sociaux et d'autres membres du personnel de communication en matière de santé. L'équipe de communication met en place une stratégie de communication et développe des ressources de communication visant à atteindre les populations (cibles) affectées et les partenaires susceptibles de les influencer (par exemple, les prestataires de soins de santé ou les dirigeants communautaires). Ces messages liés à la santé se concentrent sur les comportements qui peuvent contenir ou arrêter l'épidémie. En fonction de l'emplacement de l'épidémie et des populations touchées, l'équipe de communication adapte des ressources supplémentaires aux besoins de la campagne d'information (par exemple, des affiches pour les lecteurs peu alphabétisés ou des alertes par SMS). La stratégie de communication évolue et s'adapte à mesure que la situation évolue (en fonction des perceptions du public cible et l'étendue de l'épidémie)(57).

Au début d'une épidémie, l'évaluation de la connaissance sur la situation est la priorité. Les différentes concernent : l'identification de la population affectée ou cible (vulnérable, exposée); la mise en évidence des facteurs comportementaux susceptibles de mettre les personnes en danger; l'identification des partenaires capables d'atteindre les personnes ou les populations affectées ; la prise en compte des perceptions dans la communauté qui pourraient affecter les communications officielles ; l'adaptation des recommandations ou conseils sanitaires ; la consolidation des relations sociales avec des personnes clés de la communauté capables de porter des informations crédibles et la mise au point des doutes et incertitudes concernant la situation.

Les ressources et outils de communication utilisés pour riposter contre la rumeur en cas d'épidémies sont nombreux à savoir :

- **Site internet** : l'effort de réponse nécessite un site internet pour transmettre des informations pertinentes et de façon actualisée sur évolution de l'épidémie. Le site est le principal référentiel de faits, de données et de ressources scientifiques. Toutes les autres communications doivent être basées sur le contenu du site. Les informations clés pour le site incluent les éléments suivants : le nombre de cas ; les cartes de la zone touchée ; les orientations pour les populations touchées, le public, les voyageurs à destination ou en provenance de la région et les prestataires de soins de santé qui s'occupent des personnes touchées ; une section mettant en évidence les informations les plus récentes et une section multimédia pour les médias et le grand public.

- **Centre d'appels** : l'intervention de communication bénéficie d'un centre d'appels équipé pour répondre aux demandes de la population touchée, des personnes inquiètes et des prestataires de soins de santé à la recherche d'informations. Des conseils sont disponibles pour les entités qui établissent un centre d'appels lors d'une intervention en cas d'épidémie.
- **Messages sur les réseaux sociaux** : la création des messages sur les réseaux sociaux à partir du contenu du site internet. Le personnel chargé de la communication surveille régulièrement les médias sociaux pour identifier et dissiper les rumeurs et les informations erronées.
- **Ressources de sensibilisation des cliniciens** : la réponse consiste également à des communications importantes avec les professionnels de soins de santé. Des webinaires, des conférences téléphoniques avec des organisations partenaires, des vidéos pour les communautés cliniques en ligne ou d'autres forums sont utilisés pour permettre aux prestataires de soins de santé d'accéder à des informations à jour, de poser des questions et d'obtenir des conseils d'autres cliniciens associés à la réponse.
- **Dossier de presse numérique pour les médias d'information** : un dossier de presse numérique avec des photos, des vidéos, des citations de porte-parole, les dernières données ou informations (par exemple, des graphiques ou des cartes) et des informations sur la façon d'obtenir une interview est toujours utile pour riposter contre les campagnes de désinformation.
- **Adaptation des ressources de communication** : la réponse à la désinformation comprend aussi une traduction des informations pour des publics spécifiques (population analphabète à travers les langues locales). Les supports de communication sont adaptés pour atteindre ces populations le plus touchées (photos, dessins au trait simples, des événements communautaires pour transmettre des informations importantes à des publics spécifiques).

4.4. Forces et limites

Ce travail de revue narrative de littérature présente quelques forces mais contient certaines limites. Tout d'abord, j'ai fait le choix de retenir une problématique assez large après un travail important réalisé pour trouver l'angle approprié de recherche. En effet, l'objet de recherche que sont les rumeurs ayant accompagné la pandémie du VIH/sida présente de multiples facettes. De plus, la pandémie de VIH/sida constitue un événement historique comprenant une multitude d'aspects scientifiques, socio-culturels,

anthropologiques, politiques, que de nombreux auteurs ont documenté. De fait, ce travail n'a pas vocation à apporter des réponses complètes et exhaustives sur ce sujet. Il a permis de présenter un certain panel des rumeurs sur le VIH/sida et leurs conséquences mais de nombreux aspects restent encore inexplorés.

Enfin, mon expérience en recherche était limitée. Ce travail est donc perfectible et constitue un apprentissage de la recherche qui appelle à être développé.

Il a été réalisé sur une méthodologie rigoureuse PRISMA, ce qui m'a permis de sélectionner tous les articles essentiels à la collecte de données. La méthode est transparente, explicite, claire et rigoureuse. J'ai ainsi bénéficié d'un nombre important d'articles et d'ouvrages pour collecter les données. Toutefois, je n'ai pas pu délimiter une période d'années comme critère de sélection des articles compte tenu de l'étendue de l'objet étudié (rumeurs, sida, VIH, Covid-19). De plus, ce travail présente un biais de sélectivité au regard de la multitude de sources utilisées. Enfin, nous n'avons pas évalué le risque de biais intrinsèques des sources en raison de leur grande variété.

J'ai eu à cœur de construire un cadre de recherche solide en y consacrant un temps important. Bien que la thématique de l'histoire de la pandémie de VIH/sida se soit imposée rapidement, j'ai longuement réfléchi à l'angle sous lequel je souhaitais l'aborder. De fait, la question de recherche a été formulée assez rapidement mais a évolué au cours de la rédaction du cadre de référence. J'ai alors mené des recherches me permettant d'établir un état des lieux des connaissances liées à cette thématique. Cela m'a également permis de me familiariser avec le sujet. De là, j'ai fait appel à deux historiens de la santé et de la médecine pour qu'ils m'apportent leur regard sur le sujet. Grâce à ces étapes et au vu de la littérature existante, mais aussi parce que ce travail a été réalisé dans le contexte de la pandémie de Covid-19, le sujet des rumeurs m'a semblé être le plus pertinent. L'identification des concepts a évolué au fur à mesure de ces recherches préliminaires. L'établissement de ceux-ci est le fruit d'un travail approfondi. Cela a permis que le cadre conceptuel soit ancré et solide afin de faciliter la suite du travail.

J'ai souhaité établir une méthodologie la plus rigoureuse possible, de façon à être certaine d'utiliser les bases de données de manière adéquate. En effet, ayant conscience que mon expérience en matière de méthodologie de recherche était limitée, j'ai demandé conseil à des personnes ressources compétentes afin de garantir un certain degré de qualité à ce

travail. Cette revue de littérature a comporté de nombreux lancements en amont avant de trouver l'angle approprié de recherche. Toute cette phase m'a permis d'acquérir un regard global sur l'ensemble des articles disponibles en la matière. Plusieurs articles étaient présents sur les différentes bases de données utilisées, ce qui confirme la cohésion de la méthode établie, ainsi que la pertinence des descripteurs retenus et des lancements effectués.

Pour finir, la thématique retenue constitue une force de ce travail. En effet, il s'agit d'un thème d'actualité qui concerne la majorité de la population. De fait, ce travail peut être utilisé comme une base de réflexion dans la pratique concernant l'accompagnement des personnes victimes de la désinformation scientifique et médicale, que ce soit lors d'une pandémie ou au sujet des vaccins par exemple. J'ai toujours fait attention à rester centrée sur la question de recherche et cela a permis d'apporter des implications concrètes pour la pratique mais qui ne sont pas exhaustives.

5. Conclusion

La Covid-19 a été la première pandémie aussi grave que le VIH/sida. Ces affections ont fait des millions de morts et engendré des conséquences sociales et économiques importantes. Bien que les connaissances scientifiques et médicales ont permis d'identifier l'agent pathogène de ces pathologies, nombreuses sont les rumeurs qui ont circulé depuis leur apparition.

Cette revue narrative de la littérature a cherché à comprendre comment les fausses informations et autres théories de complot accompagnent la propagation de ces pandémies à travers l'exemple du VIH/sida. Ce travail nous éclaire également sur les réactions face à la pandémie de Covid-19. Les données erronées ont émergé à travers les médias et les réseaux communautaires notamment pour identifier l'origine ou expliquer la raison de leur présence au sein des sociétés humaine. Ces phénomènes sèment un état de psychose générale et nuisent aux efforts de lutte contre les maladies. Ils portent atteinte à la confiance du public à l'égard de la science et des connaissances médicales. Ceci augmente le nombre de contaminations et engendre une cascade de conséquences négatives sur la démographie, l'économie, et jusqu'à la sécurité des personnes. D'autant plus lorsque les plus hautes sphères d'un état croient à ces rumeurs, comme Mbeki et sa ministre de la santé en Afrique du Sud.

Les facteurs favorisant l'infodémie liée à la pandémie sont l'incertitude, la méfiance vis-à-vis des autorités et du gouvernement, le communautarisme, les traits de personnalité, la crédibilité de la source et le contexte historique. L'origine humaine ou accidentelle du virus en cause, la dangerosité des traitements ARV ou encore l'attribution de propriétés thérapeutiques à différents produits pharmaceutiques comme le Virodene ou la ciclosporine. Toutes ces rumeurs traduisent le besoin de comprendre, afin de mieux maîtriser l'environnement, ce qui est un trait ubiquitaire de l'humanité. Dans de pareilles situations, des mesures doivent être prises pour endiguer l'ampleur des rumeurs et rassurer la population, afin d'éviter que quelques personnes ne s'en emparent et en fassent mauvais usage, comme les charlatans.

Le rôle des médias est ambivalent : ils sont à la fois informateurs, avec un statut de « forum de vérités », mais peuvent aussi être des relais aux rumeurs, comme l'ont été les médias conservateurs aux Etats-Unis concernant la rumeur sur l'origine du VIH lancée par le KGB et le STASI. Les autorités doivent pouvoir agir pour que de fausses informations ne soient pas

relayées par des journalistes, et ceci doit pouvoir se faire tout en respectant la liberté d'expression et celle de la presse.

A travers la littérature, on voit que les pandémies sont une opportunité rare pour les chercheurs en sciences humaines d'examiner les phénomènes des rumeurs et des théories du complot. Ils nous apprennent beaucoup de choses sur les médias, les gouvernements et nous-même. En fait, les pandémies sont un catalyseur de certains comportements et phénomènes sociaux car elles attisent nos angoisses, à un niveau individuel et collectif. Les rumeurs et théories du complot peuvent avoir des conséquences et devenir dangereuses lorsqu'elles sont portées par des personnes au pouvoir, des décideurs influents. Il est primordial que les gouvernants de ce monde disposent d'experts en vérification des faits, en plus des experts scientifiques, qui leur apportent les connaissances nécessaires aux décisions politiques éclairées.

THÈSE SOUTENUE PAR : Elsa ANJUERE

TITRE :

De la contagiosité des rumeurs et du VIH: lorsque infodémie et pandémie se croisent.
Une revue de la littérature.

CONCLUSION :

La Covid-19 a été la première pandémie aussi grave que le VIH/sida. Ces affections ont fait des millions de morts et engendré des conséquences sociales et économiques importantes. Bien que les connaissances scientifiques et médicales ont permis d'identifier l'agent pathogène de ces pathologies, nombreuses sont les rumeurs qui ont circulé depuis leur apparition.

Cette revue narrative de la littérature a cherché à comprendre comment les fausses informations et autres théories de complot accompagnent la propagation de ces pandémies à travers l'exemple du VIH/sida. Ce travail nous éclaire également sur les réactions face à la pandémie de covid-19. Les données erronées ont émergé à travers les médias et les réseaux communautaires notamment pour identifier l'origine ou expliquer la raison de leur présence au sein des sociétés humaine. Ces phénomènes sèment un état de psychose générale et nuisent aux efforts de lutte contre les maladies. Ils portent atteinte à la confiance du public à l'égard de la science et des connaissances médicales. Ceci augmente le nombre de contaminations et engendre une cascade de conséquences négatives sur la démographie, l'économie, et jusqu'à la sécurité des personnes. D'autant plus lorsque les plus hautes sphères d'un état croient à ces rumeurs, comme Mbeki et sa ministre de la santé en Afrique du Sud.

Les facteurs favorisant l'infodémie liée à la pandémie sont l'incertitude, la méfiance vis-à-vis des autorités et du gouvernement, le communautarisme, les traits de personnalité, la crédibilité de la source et le contexte historique. L'origine humaine ou accidentelle du virus en cause, la dangerosité des traitements ARV ou encore l'attribution de propriétés thérapeutiques à différents produits pharmaceutiques comme le Virodene ou la ciclosporine. Toutes ces rumeurs traduisent le besoin de comprendre, afin de mieux maîtriser l'environnement, ce qui est un trait ubiquitaire de l'humanité. Dans de pareilles situations, des mesures doivent être prises pour endiguer l'ampleur des rumeurs et rassurer la population, afin d'éviter que quelques personnes ne s'en emparent et en fassent mauvais usage, comme les charlatans. Le rôle des médias est ambivalent : ils sont à la fois informateurs, avec un statut de « forum de vérités », mais peuvent aussi être des relais aux rumeurs, comme l'ont été les médias conservateurs aux États-Unis concernant la rumeur sur l'origine du VIH lancée par le KGB et le STASI. Les autorités doivent pouvoir agir pour que de fausses informations ne soient pas relayées par des journalistes, et ceci doit pouvoir se faire tout en respectant la liberté d'expression et celle de la presse.

A travers la littérature, on voit que les pandémies sont une opportunité rare pour les chercheurs en sciences humaines d'examiner les phénomènes des rumeurs et des théories du complot. Ils nous apprennent beaucoup de choses sur les médias, les gouvernements et nous-même. En fait, les pandémies sont un catalyseur de certains comportements et phénomènes sociaux car elles attisent nos angoisses, à un niveau individuel et collectif. Les rumeurs et théories du complot peuvent avoir des conséquences et devenir dangereuses lorsqu'elles sont portées par des personnes au pouvoir, des décideurs influents. Il est primordial que les gouvernants de ce monde disposent d'experts en vérification des faits, en plus des experts scientifiques, qui leur apportent les connaissances nécessaires aux décisions politiques éclairées.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 26/8/2022

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE



Pr. Patrice MORAND

26/8/2022

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY



Pr. Rorans

Bibliographie

1. UNAIDS. Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet [Internet]. Genève (Suisse). 2022. Disponible sur: <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>
2. Scharnitzky P. La fonction sociale de la rumeur. *Migr Société*. 2007;109(1):35-48.
3. DiFonzo N, Bordia P. Rumeurs, ragots et légendes urbaines. Contextes, fonctions et contenus. *Diogène*. 2006;213(1):23-45.
4. Lazar J. Les médias et les rumeurs en temps de crise : analyse de divers discours sur le sida. *Commun Inf Médias Théories*. 1993;14(1):128-46.
5. Frau-Meigs D. Les médias et l'information dans l'Amérique de George W. Bush. *Vingtième Siècle Rev Hist*. 2008;97(1):143-57.
6. Bloch M. *Réflexions d'un historien sur les fausses nouvelles de la guerre*. Paris. Allia; 1997. 48 p.
7. Mazet S. *Manuel d'autodéfense intellectuelle*. Payot; 2017. 260 p.
8. Arif N, Al-Jefri M, Bizzi IH, Perano GB, Goldman M, Haq I, et al. Fake News or Weak Science? Visibility and Characterization of Antivaccine Webpages Returned by Google in Different Languages and Countries. *Front Immunol*. 2018;9:1215.
9. Huyghe FB. Désinformation : armes du faux, lutte et chaos dans la société de l'information. *Sécurité Glob*. 2016;6(2):63-72.
10. Fine GA. Rumeur, confiance et société civile. *Mémoire collective et cultures de jugement*. *Diogène*. 2006;213(1):3-22.
11. Scharnitzky P. La fonction sociale de la rumeur. *Migr Soc*. 2007;109(1):35-48.
12. Boyadjian J. Désinformation, non-information ou sur-information ? Les logiques d'exposition à l'actualité en milieux étudiants. *Réseaux*. 2020;222(4):21-52.
13. Lazar J. Les médias et les rumeurs en temps de crise : analyse de divers discours sur le sida. *Commun Inf Médias Théories*. 1993;14(1):128-46.
14. Zubiaga A, Liakata M, Procter R, Hoi GWS, Tolmie P. Analysing How People Orient to and Spread Rumours in Social Media by Looking at Conversational Threads. *PLOS ONE*. 2016;11(3):e0150989.
15. Choi D, Chun S, Oh H, Han J, Kwon TT. Rumor Propagation is Amplified by Echo Chambers in Social Media. *Sci Rep*. 15 janv 2020;
16. Amaral MA, Dantas WG, Arenzon JJ. Skepticism and rumor spreading: The role of spatial correlations. *Phys Rev E*. 25 juin 2020;101(6):062418.
17. Fine GA. Rumeur, confiance et société civile. *Mémoire collective et cultures de jugement*. *Diogène*. 2006;213(1):3-22.

18. Svensson A. On the duration of a Maki-Thompson epidemic. *Math Biosci.* oct 1993;117(1-2):211-20.
19. Pornpitakpan C. The Persuasiveness of Source Credibility: A Critical Review of Five Decades' Evidence. *J Appl Soc Psychol.* 2004;34(2):243-81.
20. Walter N, Tukachinsky R. A Meta-Analytic Examination of the Continued Influence of Misinformation in the Face of Correction: How Powerful Is It, Why Does It Happen, and How to Stop It? *Commun Res.* 1 mars 2020;47(2):155-77.
21. Kapoor PS, Jayasimha K r., Sath A, Gunta S. eWOM via social networking site: source versus message credibility. *Int J Internet Mark Advert (IJIMA).* janv 2020;14(1):19-47.
22. Parkhurst JO, Lush L. The political environment of HIV: lessons from a comparison of Uganda and South Africa. *Soc Sci Med* 1982. nov 2004;59(9):1913-24.
23. Greene WC. A history of AIDS: looking back to see ahead. *Eur J Immunol.* nov 2007;37 Suppl 1:S94-102.
24. Merson MH, O'Malley J, Serwadda D, Apisuk C. The history and challenge of HIV prevention. *Lancet Lond Engl.* 9 août 2008;372(9637):475-88.
25. Richman DD, Margolis DM, Delaney M, Greene WC, Hazuda D, Pomerantz RJ. The challenge of finding a cure for HIV infection. *Science.* 2009 Mar 6;323(5919):1304-7
26. Gao F, Bailes E, Robertson D et al. Origin of HIV-1 in the chimpanzee *Pan troglodytes troglodytes*. *Nature.* 4 fev 1999; 397(6718):436-41
27. Worobey M, Gemmel M, Teuwen DE, Haselkorn T, Kunstman K, Bunce M, et al. Direct Evidence of Extensive Diversity of HIV-1 in Kinshasa by 1960. *Nature.* 2 oct 2008;455(7213):661-4.
28. Pépin J. Aux origines du sida. Enquête sur les racines coloniales d'une pandémie. 2^e éd. Seuil; Paris; 2019. 488 p.
29. Cohen J. Forensic epidemiology. Vaccine theory of AIDS origins disputed at Royal Society. *Science.* 15 sept 2000;289(5486):1850-1.
30. Plotkin SA. Untruths and consequences: the false hypothesis linking CHAT type 1 polio vaccination to the origin of human immunodeficiency virus. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 29 juin 2001;356(1410):815-23.
31. Worobey M, Santiago ML, Keele BF, Ndjango JBN, Joy JB, Labama BL, et al. Origin of AIDS: contaminated polio vaccine theory refuted. *Nature.* 22 avr 2004;428(6985):820.
32. Worobey M, Gemmel M, Teuwen DE, Haselkorn T, Kunstman K, Bunce M, et al. Direct Evidence of Extensive Diversity of HIV-1 in Kinshasa by 1960. *Nature.* 2 oct 2008;455(7213):661-4.
33. Plotkin SA. CHAT oral polio vaccine was not the source of human immunodeficiency virus type 1 group M for humans. *Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am.* 1 avr 2001;32(7):1068-84.

34. Vartanian JP, Blancou P, Wain-Hobson S. Aucune corrélation entre les vaccins contre le poliovirus et l'émergence du SIDA. *médecine/sciences*. 1 nov 2001;17(11):1217-9.
35. Klonoff EA, Landrine H. Do blacks believe that HIV/AIDS is a government conspiracy against them? *Prev Med*. mai 1999;28(5):451-7.
36. Bogart LM, Thorburn S. Are HIV/AIDS conspiracy beliefs a barrier to HIV prevention among African Americans? *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 1 févr 2005;38(2):213-8.
37. Jones JH. *Bad Blood: The Tuskegee Syphilis Experiment, New and Expanded Edition*. Revised edition. New York : Free Press; 1993. 297 p.
38. Heller J. AP WAS THERE: Black men untreated in Tuskegee Syphilis Study. *AP NEWS*. New-York (Etats-Unis). 10 mai 2017.
39. Duval MK. Department of Health E. Memorandum Terminating the Tuskegee Syphilis Study. National Archives at Atlanta (Etats-Unis). 1972.
40. Geissler E. The AIDS Myth at 30. *Int J Virol AIDS*. 2016. 3:017
41. Ellick AB, Westbrook A, Kessel JM. Video: Opinion | Meet the KGB Spies Who Invented Fake News. *The New York Times*. 12 nov 2018
42. Schmidt CG. The group-fantasy origins of AIDS. *J Psychol*. 1984;12(1):37-78.
43. Maggiore C. *What If Everything You Thought You Knew About AIDS Was Wrong? The Book That Will Change Your View of HIV and AIDS...and Possibly Change Your Life*. Bridge of love. 1996. 55 p.
44. Gumede W. *Thabo Mbeki & The Battle for the Soul of the ANC*. 1ère édition. Cape Town: Struik Publishers; 2005. 384 p.
45. Johnson K. Globalization, Social Policy and the State: An Analysis of HIV/AIDS in South Africa. *New Polit Sci*. 1 sept 2005;27(3):309-29.
46. Kott A, Limaye RJ. Delivering risk information in a dynamic information environment: Framing and authoritative voice in Centers for Disease Control (CDC) and primetime broadcast news media communications during the 2014 Ebola outbreak. *Soc Sci Med* 1982. nov 2016;169:42-9.
47. Benkert R, Cuevas A, Thompson HS, Dove-Meadows E, Knuckles D. Ubiquitous Yet Unclear: A Systematic Review of Medical Mistrust. *Behav Med Wash DC*. juin 2019;45(2):86-101.
48. Bogart LM, Wagner G, Galvan FH, Banks D. Conspiracy beliefs about HIV are related to antiretroviral treatment nonadherence among african american men with HIV. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. avr 2010;53(5):648-55.
49. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). HIV prevalence estimates--United States, 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 3 oct 2008;57(39):1073-6.

50. Jaiswal J, Singer SN, Siegel K, Lekas HM. HIV-related « conspiracy beliefs »: lived experiences of racism and socio-economic exclusion among people living with HIV in New York City. *Cult Health Sex.* avr 2019;21(4):373-86.
51. Natrass N. AIDS and the Scientific Governance of Medicine in Post-Apartheid South Africa. *Afr Aff.* 16 févr 2008;107(427):157-76.
52. Karim QA, Karim SSA. The evolving HIV epidemic in South Africa. *Int J Epidemiol.* févr 2002;31(1):37-40.
53. Yebra G, Ragonnet-Cronin M, Ssemwanga D, Parry CM, Logue CH, Cane PA, et al. Analysis of the history and spread of HIV-1 in Uganda using phylodynamics. *J Gen Virol.* juill 2015;96(Pt 7):1890-8.
54. UNAIDS. Uganda hiv modes of transmission and prevention response analysis. Genève (Suisse). 2009.
55. Bollinger L, Stover J. The Economic Impact of AIDS in South Africa. U.S. Agency for International Development. 1999.
56. Lule EL, Seifman RM, David AC. The Changing HIV/AIDS Landscape : Selected Papers for the World Bank's Agenda for Action in Africa, 2007-2011. Washington, DC: World Bank; 2009.
57. Reynolds B, Seeger M. Crisis and emergency risk communications manual. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). 2014.
58. Booysen F. Income and poverty dynamics in HIV/AIDS-affected households in the Free State province of South Africa. *South Afr J Econ.* 1 févr 2004;72:522-45.
59. Dzimmenani Mbirimtengerenji N. Is HIV/AIDS Epidemic Outcome of Poverty in Sub-Saharan Africa? *Croat Med J.* oct 2007;48(5):605-17.
60. Akhter UA, Ruth VH, Lisa CS, Doris MW, Tim F. The world's most deprived : Characteristics and causes of extreme poverty and hunger. International Food Policy Research Institute; 2007.
61. Waal A, Whiteside A. New variant famine: AIDS and food crisis in southern Africa. *Lancet Lond Engl.* 11 oct 2003;362(9391):1234-7.
62. Nguthi FN, Niehof A. Effects of HIV/AIDS on the livelihood of banana-farming households in Central Kenya. *NJAS - Wagening J Life Sci.* 1 déc 2008;56(3):179-90.
63. Gill TB. Modeling the impact of HIV/AIDS upon food security of diverse rural households in Western Kenya. *Agric Syst.* 1 juin 2010;103(5):265-81.
64. Crush J, Frayne B, Grant M. Linking migration, HIV/AIDS and urban food security in Southern and Eastern Africa. International Food Policy Research Institute (IFPRI). 1 juill 2006.
65. TRT-5 - Groupe interassociatif traitements & recherche thérapeutique [Internet]. Paris (France). Disponible sur: <https://www.trt-5.org/>

66. Favereau E, Henry M. ActUp secoue un Sidaction convenu. Le président de l'association a poussé un coup de colère contre Douste-Blazy. *Libération*. 7 juin 1996.
67. Smith TC, Novella SP. HIV Denial in the Internet Era. *PLOS Med*. 21 août 2007;4(8):e256.
68. Van Rensburg HCJ, Centre for Health Systems Research & Development (South Africa). Strengthening local government and civic responses to the HIV/AIDS epidemic in South Africa. Bloemfontein: Centre for Health Systems Research & Development; 2002.
69. Wood K. The Moral Economy of AIDS in South Africa. Natrass N. Cambridge: Cambridge University Press, 2003, *Int J Epidemiol*. 1 déc 2004;33(6):1416-7.
70. McIntyre D, Gilson L. Putting equity in health back onto the social policy agenda: experience from South Africa. *Soc Sci Med* 1982. 2002;54(11):1637-56.
71. Berg S van der, Burger R, Louw M. Post-Apartheid South Africa: Poverty and distribution trends in an era of globalization. WIDER Research Paper; 2007. Report No.: 2007/57.
72. Department of Health. Operational plan for comprehensive HIV and AIDS care, management, and treatment for South Africa. 2003.
73. Van Rensburg HCJ. Health and health care in South Africa. Pretoria: Van Schaik; 2012.
74. Hickey A, Ndlovu N, Guthrie T. Budgeting for HIV/AIDS in South Africa: Report on intergovernmental funding flows for an integrated response in the social sector [Internet]. 2003.
75. Achmat Z, Simcock J. Combining prevention, treatment and care: lessons from South Africa. *AIDS Lond Engl*. juill 2007;21 Suppl 4:S11-20.
76. Natrass N. Mortal Combat: AIDS Denialism and the Struggle for Antiretrovirals in South Africa. University of KwaZulu-Natal Press; 2007. 274 p.
77. Fourie P. The political management of HIV and AIDS in South Africa: one burden too many? Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2006.
78. Dernberger B. A Fluid Two-Way Street: South African HIV/AIDS NGOs and Their Environment. 2014;13.
79. Pradhan P, Pandey AK, Mishra A, Gupta P, Tripathi PK, Menon MB, et al. Uncanny similarity of unique inserts in the 2019-nCoV spike protein to HIV-1 gp120 and Gag. *bioRxiv*; 2020.
80. Joseph EU, Adam ME. The Coronavirus Conspiracy Boom. *The Atlantic*. 30 avr 2020.
81. Sylvia Chou WY, Gaysynsky A, Cappella JN. Where We Go From Here: Health Misinformation on Social Media. *Am J Public Health*. oct 2020;110(Suppl 3):S273-5.

Serment d'Hippocrate

*L*e serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. ”