
Aspects du témoignage dans la presse écrite

L'exemple de la journée mondiale contre le sida

Florimond Rakotonoelina



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/cediscor/341>

DOI : [10.4000/cediscor.341](https://doi.org/10.4000/cediscor.341)

ISBN : 2878541995

ISSN : 2108-6605

Éditeur

Presses Sorbonne Nouvelle

Édition imprimée

Date de publication : 1 janvier 2000

Pagination : 81-98

ISBN : 2878541995

ISSN : 1242-8345

Référence électronique

Florimond Rakotonoelina, « Aspects du témoignage dans la presse écrite », *Les Carnets du Cediscor* [En ligne], 6 | 2000, mis en ligne le 30 novembre 2009, consulté le 12 septembre 2020. URL : <http://journals.openedition.org/cediscor/341> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/cediscor.341>

Ce document a été généré automatiquement le 12 septembre 2020.

Les carnets du Cediscor

Aspects du témoignage dans la presse écrite

L'exemple de la journée mondiale contre le sida *

Florimond Rakotonoelina

- 1 Le 1^{er} décembre 1997 correspondait à la neuvième journée mondiale contre le sida. *L'Humanité*, *l'Événement du Jeudi* et *Libération* sont parmi les principaux quotidiens et magazine généralistes à traiter l'événement. D'un point de vue médiatique, cela se traduit, entre autres, par des témoignages, des reportages dans les hôpitaux, des entretiens avec des spécialistes, des politiques et des organisateurs d'associations. La presse écrite livre ainsi ce qu'elle se plaît à appeler un « point sur la question ». Cependant, cette journée mondiale contre le sida ne sera pas affaire de discours pour les autres quotidiens et magazines, « comme si pour le sida, tout était gagné, et que l'on pouvait relâcher l'effort » (*Libération*, 22/04/98). Serait-ce le signe que les médias se « lassent » du sida ou, plus précisément, qu'ils considèrent, comme le directeur médical de l'Institut Pasteur, que le sida est dorénavant « une maladie comme les autres, une pathologie classique » (*id.*) et qu'il ne convient plus d'en faire la Une ? En effet, l'année 1997 est une année charnière pendant laquelle les thérapies ont fait chuter drastiquement la mortalité, d'où, à n'en point douter, une certaine « banalisation », voire un certain « désintéressement »².
- 2 Dans ce contexte un peu particulier, et à partir d'un corpus somme toute restreint, je proposerai une analyse de la figure du témoin³, figure centrale et emblématique dans les médias généralistes (télévision, radio et presse), centrale dans la mesure où ces médias ne sauraient s'en passer : c'est parce qu'il y a des individus pour témoigner que les discours peuvent se construire autour de grands thèmes de société ; emblématique car la présence du témoin dans les médias reflète le principe même des démocraties, selon D. Wolton (1997a) : accorder un droit de parole à tous les individus des « sociétés individualistes de masse » afin d'assurer un lien social entre les différents individus de ces sociétés. Autrement dit, la présence du témoin, à certains égards, est d'autant plus nécessaire qu'elle participe à l'existence du lien social.

- 3 Donner la parole au témoin, au sein des médias généralistes, c'est donner la parole à toutes les personnes capables de témoigner. Ainsi, pour le *Petit Robert*, le témoin serait une « *personne qui certifie ou peut certifier quelque chose* » ou une « *personne qui assiste à un événement, un fait, et le perçoit* ». Le témoignage consisterait alors en une « déclaration de ce qu'on a vu, entendu, perçu, servant à l'établissement de la vérité », ce qui a peut-être valu à l'*Événement du Jeudi* d'intituler son dossier « Vérités sur le sida ». Toutefois, cette définition ne parvient pas à englober véritablement la personne atteinte du virus ou le malade du sida⁴, car elle considère principalement le témoin comme un spectateur. Or, ce témoin n'est pas un spectateur. De fait, il semble nécessaire d'élargir la définition pour permettre d'en rendre compte en disant que le témoin n'est pas seulement une personne qui a un regard extérieur sur l'événement (un spectateur) mais une personne qui vit l'événement (un acteur) et qui est, par référence au vocabulaire juridique, un « témoin direct ». Enfin, la définition du *Robert* pointe bien le fait que *le témoin*, c'est l'ensemble des personnes en mesure d'intervenir sur ce sujet, qu'il s'agisse de spécialistes, d'infirmiers, de parents proches, etc., qu'on pourrait rassembler sous l'étiquette, cette fois, de « témoins indirects » : ceux qui ne savent que par d'autres. Dès lors, dans ce droit à la parole, le séropositif ou le sidéen (terme officiel pour désigner le malade du sida) occupera, certes, une place privilégiée dans les colonnes des journaux mais il devra la partager avec d'autres pour respecter ce qui fait le fondement de la démocratie : le droit de chacun à être représenté.

1. Les témoins privilégiés

- 4 On propose ici de faire l'analyse de deux groupes de témoins présents dans le corpus et de dégager les représentations que les médias construisent dans chaque cas. Il s'agit des patients et du personnel hospitalier.

1.1. Groupe 1 : les patients, témoins directs

- 5 La présentation de ce groupe semble subordonnée au consensus entre les personnes concernées et les médias. L'identification va se faire par « palier ». Au premier palier, il s'agit, dans le cas le plus simple, d'un prénom (par exemple, *Valérie*, *Hervé*) sans aucune autre spécification ou bien d'une caractérisation sans conséquence (par exemple, *Bernard*, *un patient venant à la consultation*). Si cette identification minimale est peu fréquente, elle n'en présente pas moins une signification importante : un désir chez le patient de rester dans un parfait anonymat et le respect de ce désir du côté de la presse écrite.
- 6 Au deuxième palier, l'identification se fait généralement par le prénom suivi de l'âge, puis de la date à laquelle le témoin a contracté le virus :
- Thierry, 35 ans, séropositif depuis 1986
 - Quant à Patrick 38 ans et séropositif depuis huit ans
- On peut également observer des indications sur la profession du témoin :
- Bruno, un cadre commercial de trente-cinq ans, suivi dans le service que dirige le Pr Michel Kazatchine depuis cinq ans
 - Philippe, jeune fonctionnaire, est séropositif depuis 1990 et « en longue maladie » depuis le mois d'avril dernier
- ou bien encore des indications sur la « condition physique » du témoin, voire une description « physique » de celui-ci :

- Nathalie, 27 ans, séropositive et enceinte de cinq mois
 - une maman séropositive depuis douze ans/Raphaële, trente-trois ans, longs cheveux noirs, yeux... violets, oui, violets et une petite Chloé de sept ans/cette jeune femme/elle est séropositive depuis douze ans/Séropositive donc, depuis décembre 1985
- 7 Au troisième et dernier palier, on trouve les témoins directs à visage découvert, ceux qui vivent publiquement leur séropositivité. Cela se traduit non seulement par une identification complète, l'adjonction du nom au prénom, mais éventuellement par la présence d'une photo du témoin :
- Xavier Rey-Coquais, 38 ans, séropositif depuis 1987
 - Serge Le Coz, 40 ans, séropositif depuis 1988
- 8 Pour les trois paliers, les durées relatives au contact du virus, au développement de la maladie ou aux traitements sont des éléments constants. Le deuxième palier constitue actuellement le procédé le plus usité par la presse tandis qu'il semblerait que le premier palier tende progressivement à disparaître et le troisième à se généraliser.
- 9 À partir de la présence ou de l'absence de ces formes, il est possible de voir comment la presse construit, déconstruit ou reconstruit des représentations autour du sida.
- 10 Premièrement, on assiste à la fin de l'amalgame cognitif (Breton, 1997) qui a longtemps consisté à présenter la séropositivité ou le sida comme une « particularité » de la communauté homosexuelle masculine ou de la communauté toxicomane. Plusieurs constats viennent appuyer cette thèse :
- le mot *homosexuel* ou *gay* n'est jamais employé par les médias pour caractériser les témoins masculins ;
 - il en va de même pour le mot *toxicomane* ;
 - les femmes sont aussi bien représentées que les hommes, leur particularité étant souvent d'être enceinte et hétérosexuelle – *le père de Chloé est séropositif lui aussi* ;
 - ou bien l'on ignore la sexualité de la plupart des témoins masculins, ou bien celle-ci est affichée et, dans ce cas, il s'agit toujours d'hommes hétérosexuels : *Xavier Rey-Coquais* : « *Ma femme et moi cherchons toujours à acheter une maison* ».
- 11 Deuxièmement, on assiste au début de la « banalisation » du sida. Les indices relevés contribuent à « décloisonner » le sida : le sida touche non seulement les deux sexes mais toutes les couches sociales – cadre commercial, jeune fonctionnaire, écrivain, photographe, libraire... – et n'est plus uniquement une caractéristique propre à certains milieux. Cette « banalisation » est renforcée par le fait que les processus identificatoires quittent progressivement le stade de l'anonymat (*Hervé, Valérie*) pour privilégier celui de la déclaration publique (*Xavier Rey-Coquais, Serge Le Coz*) : la séropositivité ne doit pas (plus ?) être une turpitude – « *Je ne le vis pas comme une honte* ». À tel point que la presse, gênée par un anonymat qui n'est plus de mise, a souvent tendance à compenser le seul prénom par un surplus d'indications subsidiaires – voir le cas de Raphaële aux *longs cheveux noirs, yeux... violets, oui, violets*⁵. Enfin, cette « banalisation » se marque par l'absence d'un certain nombre de *désignations*⁶ que l'on pensait pouvoir rencontrer : ainsi les vocables *victime* (ambigu à la base puisqu'il peut désigner une « personne qui meurt à la suite d'une maladie » ou « une personne qui souffre, pâtit » – *Petit Robert*), *malade* et *sidéen* (terme officiel) ne sont jamais usités pour caractériser un témoin direct⁷. Pour ce qui est des deux derniers, les médias parlent toutefois de *malade(s)* mais le terme n'est accolé à aucun individu particulier ; *sidéen*, lui, est totalement absent.

- 12 En ce qui concerne le mot *victime*⁸, celui-ci semble être désormais réservé aux personnes décédées du sida (premier sens mentionné ci-dessus) ou à une catégorie très restreinte d'individus – les personnes ayant contracté le virus par accident (notamment par transfusion sanguine), catégorie de témoins par ailleurs peu représentée dans le corpus⁹. En quelque sorte, ces individus sont « victimes » des agissements d'autrui (deuxième sens évoqué ci-dessus). N'est donc plus *victime* celui ou celle qui a contracté le virus par voie sexuelle – majorité des témoins présentés, semble-t-il – ou par échange de seringues usagées. Ici, les médias prennent le parti de présenter ces témoins comme des personnes responsables et conscientes de leurs actes, non comme ayant subi, de façon passive, un événement néfaste même si la réalité est parfois très différente : « *J'ai toujours éprouvé de la révolte, un sentiment d'injustice... Dans les années quatre-vingt, alors que j'étais toxicomane, s'il y avait eu une plus grande information, j'aurais fait gaffe avec les seringues, pour les rapports sexuels...* »¹⁰.
- 13 Il y a sans doute une autre raison à cette absence d'emploi si l'on tient compte d'une troisième définition : « personne arbitrairement condamnée à mort ». Cette définition me semble renfermer les deux définitions précédentes¹¹. Ainsi, il n'y aurait plus lieu de considérer les séropositifs et les sidéens comme des victimes puisqu'ils ne seraient plus « condamnés » à mort grâce aux multithérapies et, même si la mort devait les emporter, cela ne relèverait pas de l'arbitraire puisqu'ils seraient responsables d'actes passés – là encore, la réalité est bien différente (voir deuxième partie). En somme, point de « victimes » en cette journée mondiale du sida... Ainsi, derrière ce désir de neutralité (seul *séropositif* est employé pour caractériser les témoins) ou ce refus d'apposer des étiquettes (on préfère parler de *patient*, terme médical aux vertus neutralisantes moins connoté que *malade*), c'est comme si on nous présentait des gens « presque » ordinaires¹²...
- 14 Troisièmement – ceci symbolise le « paradoxe médiatique » –, en « normalisant » les témoins, la presse, qui pourtant prend le parti de « faire un point » sur la question du sida, ce qui est en soi louable, contribue irréversiblement à engager le processus de « banalisation » de la maladie du sida : par le « dévoilement identitaire et social » des témoins ; par l'absence de vocables jadis employés ; par le refus d'apposer des étiquettes. Le discours offre au sida un *lifting* ou, pour dire les choses autrement, construit le « nouveau visage » du sida (pour reprendre le sous-titre d'un des articles). La presse a ici une mission difficile : servir d'intermédiaire entre les différents individus de la société et choisir les procédés discursifs adéquats pour rendre compte de l'évolution de la maladie sans pour autant amener le public à se désintéresser du sida¹³.

1.2. Groupe 2: le personnel hospitalier, les témoins indirects

- 15 On peut distinguer deux catégories de témoins au sein du personnel hospitalier en fonction du statut que ces derniers occupent : une première catégorie constituée par le « corps médical » – bien que le terme ne soit jamais employé dans le corpus, il présente l'avantage d'être assez « général » pour regrouper tous les individus possédant un certain pouvoir hiérarchique – ; une deuxième catégorie d'individus que nous qualifierons de « personnel soignant » – là encore, le terme n'apparaît pas dans le corpus mais il permet de regrouper tous les individus qui n'ont pas le statut de

« médecin » mais qui s'occupent néanmoins des patients. Dans les deux cas, il est surprenant de constater que la configuration désignative reste relativement stable.

- 16 Le « médecin » est souvent désigné par ses nom(s) et prénom(s), précédés de son titre lorsqu'il s'agit d'une première référence et suivi d'une indication du lieu (ville et/ou hôpital) dans lequel il exerce ses fonctions :
- le Pr Manfred Dietrich de Hambourg
 - le Pr Thierry May, du CHU de Nancy
 - le Dr Dominique Salmon-Céron, de l'hôpital Cochin, à Paris
 - le Dr Roland Tubiana, de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, à Paris
- 17 On note que le journaliste omet le lieu de rattachement du médecin lorsque l'hôpital se trouve dans une ville étrangère (le cas de Hambourg). À l'inverse, si l'hôpital se trouve en France, il est systématiquement mentionné (la mention du sigle CHU ne fera l'objet d'aucun mystère pour les habitants de la France, de même que celle des hôpitaux parisiens souvent signalés par la presse). Une fois le « corps médical » identifié, les reprises s'opèrent soit au moyen du titre (*le professeur*), notamment dans le cas où la première référence est encore présente dans l'esprit du lecteur, soit au moyen du nom dépouillé de ses « attributs » (*Marina Karmochkine, Dominique Salmon-Céron, Roland Tubiana, Thierry May*), soit encore des deux (*le Dr Salmon-Céron*).
- 18 Il a ensuite été possible d'observer des cas où le nom précédé du titre apparaissait non suivi du lieu d'exercice. Par exemple :
- le Professeur Michel Kazatchine [repris ensuite par *le professeur et Michel Kazatchine*]
- 19 C'est alors généralement le cotexte qui permet au lecteur d'inférer le lieu d'exercice du « médecin » (en l'occurrence *l'hôpital Broussais, dans le 14^e arrondissement de Paris, unité d'immunologie clinique* qui se trouve être la première phrase de l'article).
- 20 À l'inverse, il existe des cas – rarissimes – où le lieu d'exercice reste une énigme bien que la personne exerce en France :
- Même au sein du corps médical, le baromètre est variable. Et le docteur Christine Katlama, d'ordinaire toujours optimiste sur une poursuite régulière dans les avancées thérapeutiques, se montrait inquiète devant les résistances aux trithérapies.
- 21 Le titre, davantage que le nom, semble jouer un rôle emblématique en ce sens que le titre permettrait, à lui seul, de refléter l'attitude générale d'un pan entier du « corps médical ». Il ne serait pas nécessaire, dans ces circonstances, de venir spécifier le lieu de travail du « médecin » eu égard au message que le journaliste souhaite communiquer. En d'autres termes, et pour reprendre la terminologie de Sperber et Wilson (1986), il serait inutile d'ajouter un surplus d'informations qui nuirait à la pertinence du message. Ainsi, la mention du prénom et du nom du « médecin » ne semble pas avoir d'autre but que de référer à une réalité « existante », « concrète », produisant un « effet de réel »¹⁴. Pour preuve, si le « médecin » s'était nommé autrement, qu'il soit non plus une femme mais un homme (par exemple, André Bouvard), cela n'aurait pas fondamentalement changé les choses. Ce qui importe ici, c'est la prédication – l'attitude que l'on peut rapporter à la personne – et que celle-ci soit imputable à un médecin particulier. Dans cette logique, il semble normal que l'on rencontre des cas où le nom disparaît totalement pour ne laisser place qu'au seul titre. La référence au « concret » s'opère alors non plus au moyen du nom propre mais en livrant le dire du « médecin » en discours direct :

- « Nous sommes confrontés à une épidémie de grossesses ! » En dépit du caractère brutal de l'expression de ce clinicien, la réalité est là.
- 22 Par extrapolation, l'« échantillon » prélevé, titré, voire nommé, sera alors représentatif d'un échantillon plus large.
- 23 L'absence du lieu institutionnel peut être due à une raison bien différente de la précédente. La notoriété du « médecin », dans le domaine de la recherche sur le sida, permet en effet de passer sous silence son lieu de rattachement¹⁵ :
- le professeur Luc Montagnier
 - le chercheur David Ho [repris ensuite par *David Ho*]
- 24 Au sein du « personnel soignant », c'est-à-dire l'ensemble du corps pouvant dispenser des soins aux patients sans détenir pour autant le statut de médecin, la configuration discursive de l'identification semble liée au statut hiérarchique de l'individu :
- Éliane Thieffry, la surveillante générale du service [repris par *l'infirmière en chef*]
 - Stéphanie, infirmière en salle
 - Infirmier en salle, Étienne
- 25 Ainsi ne livrera-t-on que les prénoms lorsqu'il s'agit de « simples » infirmiers tandis que l'« infirmière en chef » sera affublée de son nom. Ce procédé discursif s'apparente – étrangement – à un autre : celui qui consiste généralement à appeler les enfants par leur prénom et les adultes par « Monsieur, Madame (X) ». Les traces linguistiques ne sont ici que le reflet de représentations sociales (Jodelet, 1989), à savoir que les processus identificatoires ne s'appuient pas sur les mêmes critères selon le rang et la position de l'individu. Ainsi, aucun journaliste un tant soit peu professionnel n'écrira « Jacques, président de la République », bien que « Jacques, président de la République » (le 14 mai 1998) ne réfère qu'à une seule personne connue de tous les Français.
- 26 Si le groupe de témoins n° 2 se caractérise d'une part par le « corps médical » et d'autre part par le « personnel soignant », il arrive cependant que certaines métonymies ou synecdoques, à l'instar de
- il y a, bien sûr, des blouses blanches qui vont et viennent,
- soient à mi-chemin entre les deux, représentent ce qui est considéré plus haut comme le « personnel hospitalier », et s'investissent d'une fonction hyperonymique ou générique.
- 27 En résumé, les principaux critères discursifs d'identification du « corps médical » seront les nom(s) et prénom(s) précédés de deux vocables *professeur* et *docteur*. Dans le corpus, ces vocables prédominent largement au détriment d'autres tels que *spécialiste*, *expert* qui n'apparaissent jamais ou *chercheur*, dont la seule occurrence sert à désigner David Ho, chercheur de nationalité américaine. Eu égard à cette caractéristique, on émettra trois hypothèses qui découlent les unes des autres : conformément à leur rôle de témoin, les « médecins » apparaissent davantage comme des hommes de terrain en contact direct avec les patients, ouverts sur le monde, plutôt que comme des individus enfermés dans la recherche fondamentale ; dans cette perspective, en discours, rien ne distingue fondamentalement le vocable *docteur* de *professeur* pour le lecteur lambda sinon le fait que, d'un strict point de vue institutionnel, le second est « hiérarchiquement supérieur » au premier ; le seul emploi de ces vocables affiche une volonté médiatique de neutralité à l'égard du « corps médical », le problème n'étant pas de savoir si l'un est plus spécialiste ou plus expert, voire plus chercheur, que l'autre, mais d'« informer » le grand public sur le sida en faisant appel à des témoins

scientifiquement compétents (les deux vocables suffisent amplement à inscrire cette compétence). Le régime identificatoire du « personnel soignant », pour sa part, procède d'une autre façon : plus le « soignant » occupe un statut important, plus son nom a des chances d'apparaître, le droit à la nomination étant en étroite corrélation avec le statut hiérarchique. Autrement dit, plus on « monte » et plus l'identification possède un caractère distinctif et discriminatoire puisqu'elle apparaît dans son entier : nombreuses sont les « Éliane », moins nombreuses sont les « Éliane Thieffry », encore moins nombreuses sont les « Éliane Thieffry, surveillante générale du service d'immunologie clinique de l'hôpital Broussais »... Pour autant, est-ce que le témoignage d'un « Étienne, infirmier en salle », a moins de valeur que celui d'une « Éliane Thieffry, infirmière en chef » ? C'est ce qu'on cherchera à savoir plus loin.

- 28 En tout état de cause, quel que soit le type de témoin, il faut souligner que ce dernier est toujours nommé d'une façon ou d'une autre (par un prénom et/ou par un nom). Tout témoin textuel doit en effet incarner et référer à un témoin extralinguistique si les médias ne veulent pas à leur tour être accusés de faux témoignages.

2. Les dépositions et les auditions

- 29 La discursivité des témoins se manifeste par les trois formes de discours rapporté¹⁶ : le discours direct (DD), le discours indirect (DI), et le discours indirect libre (DIL), la frontière entre le DI et le DIL n'étant pas toujours clairement délimitée. D'un groupe à l'autre cependant, il existe des variantes que l'on signalera à mesure de leur traitement. Quoi qu'il en soit, on peut d'ores et déjà noter qu'une très large place est faite aux discours de ces deux groupes (patients et personnel hospitalier), ces groupes étant discursivement représentés dans les mêmes proportions.

2.1. Groupe 1 : les patients, témoins directs

- 30 Les témoignages des patients peuvent s'insérer dans un « article généraliste » où tous les groupes de témoins interviennent : c'est dans ce cadre que le DD va se mêler au DI et au DIL. Ce type d'articles fait intervenir plusieurs patients, mais aussi plusieurs représentants du personnel hospitalier, voire plusieurs représentants des associations ou du gouvernement. Mais ces témoignages peuvent également s'insérer dans des « articles spécifiques », c'est-à-dire des articles consacrés à un témoin unique. Dans ce cas, seules deux voix se superposent : celle du journaliste et celle du témoin (DD, DI ou DIL). Enfin, les témoignages des patients se caractérisent par une « intervention directe » (ID-DD) : il s'agit d'une prise de parole brute. Ces témoignages, qui ont trait aux multithérapies, ne relèvent ni du genre « interview », ni du genre « article », tel qu'il a été spécifié plus haut. Autrement dit, les propos du patient ne relèvent pas d'un interrogatoire mais ne sont pas non plus dilués avec les propos d'autres patients au sein d'un article dont le journaliste aurait le « dernier mot ».
- 31 Lorsque les patients témoignent, c'est avant tout pour faire part du formidable **espoir** qu'ont fait renaître en eux les multithérapies, espoir de vivre, espoir de mener à nouveau une vie « normale » :
- Bruno « croise les doigts **avec confiance** »¹⁷
 - « Comme je n'ai pas encore expérimenté la trithérapie, **les soucis ont disparu** »
 - Philippe veut arrêter de broyer du noir et « **reprendre du service** »

- [...] le retour de l'espoir, c'est d'une certaine manière « le mal à se faire à l'idée que la sentence n'est plus imminente et qu'il faut donc reconstruire des projets à long terme », dit Bernard [...] « heureux de vivre plus confortablement » [...]
 - « Depuis un an que ma charge virale est "indétectable", je peux, les études le prouvent, **pousser un ouf de soulagement** »
 - « Je vis plus sereinement, je suis capable de faire des projets sur un an ou deux. »
- 32 Quelles que soient les formes que prend l'espoir des patients, ce thème, et par conséquent le thème de la vie, prédomine (quantitativement) dans leur bouche au détriment d'autres facettes de la réalité¹⁸. Ce discours se caractérise souvent par des propos d'une grande simplicité, d'une grande spontanéité, d'une grande franchise comme on peut le constater dans les exemples ci-dessus, autant de propos qui, prononcés par ces patients, prennent une tout autre résonance quand on sait qu'il y a peu de temps encore planait sur eux le « spectre inéluctable de la mort »¹⁹.
- 33 Si chaque prise de parole est imputable à un sujet, la teneur des propos reste la même. Il est question de « confiance » : confiance en un avenir plus radieux. C'est également à « la joie de vivre » qu'il est fait référence²⁰. C'est enfin l'aspect de la « reconstruction » (« sociale », comme le dit si justement un témoin) qui est présent sur toutes les lèvres : pour les uns c'est « reprendre du service », « reconstruire des projets à long terme », voir que ses « projets ont quand même bien avancé » ou être « capable de faire des projets sur un an ou deux » ; pour les autres, c'est « envisager de plus en plus sérieusement le futur », « concrétiser » des projets, mettre « les bouchées doubles » ou se dire que l'on mourra « peut-être d'autre chose »²¹.
- 34 Pour autant, cette « fureur de vivre » cache d'autres pans de la réalité. Si certains patients **réagissent favorablement** aux traitements thérapeutiques,
- « **Les effets secondaires sont beaucoup plus supportables** qu'il y a six mois [...]. Je dors mieux, j'ai moins de crampes et de douleurs musculaires. »
 - « **Je réagis de manière exceptionnelle au traitement.** Mon immunité a fait une remontée spectaculaire : de 9 T4 en juin 1996, je suis passé à 370 T4 en avril, puis à 700 T4 aujourd'hui. »
 - « J'ai été obligé de passer à une quadrithérapie, que **je supporte très bien**. Les prises de médicaments sont moins contraignantes. Je suis même passé de 400 T4 en avril à 565 T4 aujourd'hui. »
- d'autres, au contraire, subissent des **effets secondaires** :
- « En revanche, **je subis toujours un certain nombre d'effets secondaires**. [...] la réapparition d'un problème cutané qui avait complètement disparu au printemps. Si j'ai pu contenir ma rétinite, je fais une inflammation oculaire. Cela fait partie des réactions parasites que l'on observe chez des gens comme moi [...]. »
- 35 À cela s'ajoute le fait que les contraintes thérapeutiques constituent, pour beaucoup de patients, un leitmotiv, le prix à payer pour tant d'espoir :
- [Bernard s'inquiète] des interminables séances de rayons pour combattre les lymphomes qui lui rongent les jambes.
 - « C'est après plusieurs mois que cela devient difficile [...]. On voudrait, de temps en temps, pouvoir les oublier, ne pas être obligé de mettre le réveil le dimanche matin. »
- 36 Enfin, il faut noter que les « grandes espérances » côtoient parallèlement une « **froide lucidité** », soit parce que les multithérapies ne sont pas une panacée, soit parce que certains patients présentent des résistances aux traitements, discours teinté de pessimisme que l'on retrouvera également chez le personnel hospitalier :
- Patrick considère que sa « situation est encore fragile ».

• « Le vrai changement en six mois, c'est que nous nous sommes rendu compte, à l'association Action traitement, que les trithérapies ne marchent pas aussi bien qu'on aurait pu l'imaginer. Et la probabilité, certes faible, que certains malades ne reprennent pas pied existe. Cette donnée n'a cependant pas entamé notre espoir et notre optimisme. »

• « Depuis le mois d'avril, j'ai été obligé de changer de traitement. Ma charge virale était remontée de façon significative. Avec cette nouvelle combinaison, elle a baissé, mais elle n'est pas encore indétectable. Je ne suis pas sorti de l'auberge, même si je ne suis pas plus mal qu'avant. En six mois, mon optimisme a baissé d'un cran, car je sais que si le traitement ne fonctionne pas, il ne me reste plus beaucoup de molécules à tester. »

- 37 Le discours du patient se construit donc autour de trois axes principaux. L'**espoir** d'abord, et ce qui en découle, c'est-à-dire l'espoir de vivre et l'espoir de mener à bien une reconstruction sociale. Les **traitements thérapeutiques** ensuite. Sur ce plan, deux types de discours sont tenus : soit les patients vantent les mérites des multithérapies parce qu'ils y réagissent favorablement ; soit, au contraire, ils restent critiques vis-à-vis des multithérapies quand ils en subissent les effets secondaires. En revanche, les avis semblent converger sur la question des contraintes thérapeutiques (prise de médicaments ou autres). Ce discours se caractérise enfin par ce que j'ai appelé la « **froide lucidité** ». En effet, les patients – plus encore ceux sur qui les multithérapies n'ont aucun effet – refusent de voir les multithérapies comme une fin en soi. Les patients semblent tous conscients du fait que les multithérapies sont certes une avancée thérapeutique, mais qu'il ne s'agit là que d'une étape de la recherche scientifique car elles n'offrent, pour certains, qu'un sursis supplémentaire. C'est aussi sur ce plan que le discours des patients – ceux sur qui les multithérapies ont de l'effet cette fois – fait preuve de solidarité à l'égard de ceux qui « échappent aux traitements »

²².

2.2. Groupe 2: le personnel hospitalier, les témoins indirects

- 38 Les témoignages du personnel hospitalier sont toujours insérés dans le cadre de ce que nous avons appelé les « articles généralistes ». Point d'interview et point d'« intervention directe ». À la différence des témoignages des patients où DD alternait avec DI ou DIL, les propos du personnel hospitalier (quel que soit le statut hiérarchique – corps médical ou personnel soignant) se manifestent presque uniquement au moyen du DD (le DI et le DIL étant, dans le corpus, peu représentatif). On se concentrera d'abord sur le discours du « personnel soignant » puis on observera celui du « corps médical », en montrant dans quelle(s) mesure(s) ces discours se rejoignent et s'opposent.
- 39 Les témoignages du « personnel soignant » présentent une grande cohérence, à la manière de ceux des patients. En effet, on a montré plus haut que le discours des patients possédait une certaine homogénéité, en ce sens que le dire des uns et des autres coïncidait sur bien des points – on verra que les choses sont différentes pour le « corps médical ». Ainsi le « personnel soignant » apparaît-il comme délibérément tourné vers autrui, proche des patients et enthousiasmé, au même titre que les patients, par le résultat des multithérapies :
- « On est passé de vingt et un lits occupés à quinze [...] c'est magnifique, on voit des patients qui ont repris 20 kg et leur travail »

- Du côté des consultations, on est plus optimiste car « on y voit revivre des gens qu'on voyait condamnés »

40 Un discours altruiste, humaniste et social, d'une part, qui semble correspondre à celui d'une profession (infirmier, infirmière), mais un discours inquiet (?) d'autre part, chez certains, sur les modifications des « conditions de travail », conséquence directe des résultats des nouveaux traitements :

- « Si le personnel a toujours été stable, **il a été déstabilisé** par le fait de l'amélioration de l'état des patients. C'est comme si **on avait dépossédé les infirmières de leur mission**. Pendant des années, on a vécu un combat quotidien aux côtés des patients, avec une prise en charge lourde, puis tout d'un coup **on est tombé dans un autre extrême.** »
- « **cela a changé notre travail** »

Car pour le « personnel soignant », sur le terrain, les paramètres ne sont plus les mêmes :

- « C'est comme s'il s'agissait de **faire le deuil du deuil** »
- on « **revoit moins souvent des patients qui étaient régulièrement hospitalisés** »

D'un autre côté,

- Depuis l'arrivée des nouveaux traitements, « des patients qui ne se soignaient pas viennent nous voir ».

41 En outre, on voit aussi poindre dans les témoignages du « personnel soignant » un certain scepticisme à l'égard des multithérapies ; le contact direct et permanent avec les malades en est l'origine :

- « en revanche, les pathologies sont devenues plus graves »
- Comment aussi « ne pas ressentir un sentiment d'injustice » avec les malades qui réagissent mal aux antiprotéases ?
- Stéphanie ne sait pas si c'est « une embellie ou quelque chose de définitif »

42 Ce succès relatif, ce doute, va se traduire autrement pour le « corps médical ». Les propos sont plus mesurés, plus prudents, en un mot moins tranchés, ce qui correspond sans doute plus à l'image que l'on attend des « médecins », pour qui les données doivent être analysées dans le temps – le temps étant un élément essentiel de la recherche –, les observations relativisées, les chiffres confirmés, etc. (voir plus bas) :

- Le professeur se déclare donc « optimiste », tout en partageant « **les réserves qui s'expriment aujourd'hui** »
- « Cela va-t-il se confirmer ? **il est trop tôt pour savoir** »
- « Plus nous allons traiter de personnes pendant longtemps et plus il y aura d'échecs, c'est évident [...] »

43 Pour autant, certains médecins n'expliquent pas ces « échecs virologiques » par les résistances individuelles aux traitements (au reste ces cas « continuent d'aller bien ») mais par le fait que les patients « oublient » de prendre leurs médicaments :

- « Sur les 400 personnes qui ont répondu à notre questionnaire, **90 % reconnaissent oublier régulièrement de prendre leurs médicaments** ou décaler les horaires de prise. Les oublis deviennent plus fréquents au-delà d'un an de soins. »

44 Mais le discours du « corps médical » rejoint celui du « personnel soignant » par son enthousiasme quand il est question d'aborder les progrès apportés par les multithérapies dans le traitement du sida :

- « C'est la première fois que nous connaissons **une embellie qui dure aussi longtemps** »

- « Avec la trithérapie **nous avons fait un grand progrès**, qui galvanise les chercheurs. »
- 45 Alors que le discours du « personnel soignant » à l'égard des patients montrait une forte dose d'humanité, celui du « corps médical » se fera plus neutre, sans débordement,
- « La vie de nos patients a vraiment changé »
 - « Pour la majorité, elles sont redevenues « normales », dont la vie est moins centrée autour de la maladie et de l'hôpital »
- avec un regard critique sur l'attitude de « nouveaux » cas de figure, les femmes séropositives enceintes et les jeunes :
- « Nous sommes confrontés à une **épidémie** de grossesses ! »
 - « Je vois des jeunes, récemment contaminés, qui ne se protègent plus, persuadés qu'avec les trithérapies le sida est une infection parfaitement contrôlée »
- 46 Le travail du « corps médical » s'est, lui aussi, modifié. Les médecins ont dû s'adapter aux changements qu'ont véhiculé les avancées thérapeutiques. Bien que le discours du « corps médical » se montre moins inquiet sur les conditions de travail que ne l'était celui du « personnel soignant », « déstabilisé », les médecins, sous un vent favorable dans leurs relations aux patients, doivent faire face à de nouvelles situations :
- « **Cela a transformé les rapports avec les patients.** Le climat des consultations est beaucoup plus optimiste et la relation de confiance est facilitée. »
 - « **Les décisions thérapeutiques sont de plus en plus complexes**, les traitements sont lourds et les phénomènes de résistances difficiles à gérer. »
- 47 En revanche, c'est sur la question précise des multithérapies que le discours du « corps médical » s'écarte de celui du « personnel soignant ». En effet, le discours prend une tournure scientifique (mise au point sur la signification des termes, présence de vocables spécialisés tels que *molécules*, *lymphocytes CD4*, *infections opportunistes*, *charge virale*, etc. mais aussi présence de statistiques) mais il reste cependant accessible au grand public – presse généraliste oblige :
- « Arrêtons d'utiliser ce mauvais mot de trithérapie [...]. Parlons plus exactement d'associations de molécules puissantes contre le VIH. »
 - « Depuis qu'on traite avec **l'association de deux antirétroviraux et d'une antiprotéase, ce qu'on appelle la trithérapie, sur deux cents patients concernés, 70 % sont des "répondeurs"**, c'est-à-dire des gens qui vont nettement mieux, qui se sentent tout à fait bien physiquement. La plupart ont repris du poids, une activité sociale, un travail. **Leur charge virale [...] s'est considérablement abaissée. La moyenne du chiffre de lymphocytes CD4** de tous les patients suivis à Broussais (mille deux cents traités ou pas) est passée de deux cent cinq, en septembre 1996, à trois cent soixante-dix aujourd'hui (deux cents représentant un seuil à risques pour le développement d'infections opportunistes), et le taux des décès a régressé de 50 % en un an. »
- 48 Si les propos du « personnel soignant » ne présentent aucun symptôme de discours scientifique et si, en revanche, celui-ci est sous-jacent dans ceux du « corps médical », il l'est également dans celui des « patients » mais d'une manière particulière. En effet, dès que les patients interrogés abordent la question des traitements thérapeutiques, ils sont capables d'intervenir en termes d'*immunité*, de *lymphocytes*, de *T4*, de *CD4*, d'*infection pulmonaire*, de *médication*, de *réactions parasites*, etc. Cependant, la « scientificité » de ce discours repose sur une imprégnation terminologique plutôt que sur une acquisition conceptuelle.

- 49 Enfin, les propos du « corps médical » vont se centrer sur un « aspect matériel » de la recherche, l'aspect financier, que ni les « patients » ni le « personnel soignant » n'abordent :
- « [...] nous sommes confrontés dans certains pays à **une baisse catastrophique des crédits publics** consacrés à la recherche publique, comme en Allemagne, où seulement 8 millions de marks (27 millions) sont prévus, tandis qu'en France – qui est en tête dans ce domaine – ils sont de 240 millions de francs. »
- 50 La question financière ne sera pas non plus abordée par les représentants des associations – le thème de la journée s'y prête de toute évidence moins que celui d'une journée comme le Sidaction dont l'objet est précisément de rassembler des fonds – alors qu'elle sera soulevée par les représentants du gouvernement – il paraîtrait en effet malvenu de la part du gouvernement de ne pas l'évoquer même si rien de « concret » ne se dégage dans le corpus.
- 51 Pour récapituler, le discours du « personnel hospitalier » englobe celui du « personnel soignant » d'une part, et celui du « corps médical » d'autre part. Celui du « personnel soignant » présente une forte homogénéité thématique en ce sens que, d'un individu à l'autre, ce sont les mêmes propos qui reviennent. Les propos des uns ne viennent pas contredire celui des autres – on pouvait rencontrer chez les « patients » ce discours antagoniste autour des traitements thérapeutiques. Altruiste, le « personnel soignant » se réjouit autant que les « patients » des bienfaits apportés par les multithérapies tout en faisant preuve d'un certain scepticisme à l'égard des traitements car des « patients y échappent ». Par ailleurs, il a du mal à gérer les répercussions des multithérapies qui affectent, d'une certaine manière, les conditions de travail. Le « corps médical » affiche, pour sa part, un scepticisme plus nuancé à l'égard des multithérapies car il cherche d'abord à faire valoir le « succès » des multithérapies à travers une joie contenue. Une des explications avancées pour expliquer les « échecs » aux traitements est d'un tout autre ordre que celle des « résistances » : l'oubli des prises de médicaments. En ce qui le concerne, les multithérapies ont eu globalement des conséquences positives sur ses conditions de travail. Enfin, dans les articles étudiés, la représentation que l'on donne du discours du « corps médical » est celle d'un « discours scientifique ».

1997, un virage discursif

- 52 Pour conclure, un bref retour sur le passé permet d'éclairer le trajet parcouru par les discours médiatiques sur la question du sida et le rôle que les témoins ont joué dans ce discours.
- 53 Au début de l'épidémie, les témoins directs sont peu nombreux, sans doute à cause du discours irrationnel dont ils sont victimes (« malédiction », « châtement divin », « nouvelle peste » ; le 2 janvier 1982, *le Matin de Paris* propose un article intitulé « Les homosexuels punis... par le cancer ») et par peur d'éventuelles représailles (perte d'emploi, rejet par l'entourage). Ce sont des « témoins célèbres » qui vont ouvrir le cortège du témoignage : témoins malgré eux pour la plupart, les décès de Michel Foucault, Rock Hudson, Klaus Nomi, Rudolph Nouriev, Thierry Le Luron, etc. vont contribuer à changer l'image du sida :
- « L'émotion suscitée par la disparition d'individus que le spectacle a fait entrer dans l'intimité familiale par la télévision, les livres, le cinéma, prévaut sur un jugement

moral quant à leur comportement sexuel et contribue à cette évolution » (Strazulla, 1993 : 85).

- 54 Jean-Paul Aron, Hervé Guibert, Cyril Collard, etc. annoncent leur maladie au monde mais c'est véritablement avec la multiplication des morts « anonymes » que le témoin lambda va émerger. Et c'est aussi à ce moment-là que les médias opèrent un tournant discursif en offrant au grand public une sorte de « reality show », parfois teintée de voyeurisme. Car le discours sur le sida n'a jamais cessé de naviguer entre deux pôles : le pôle médical (plus ou moins objectif, plus ou moins polémique) et le pôle social. D'une part, les médias se font régulièrement l'écho des avancées de la recherche et dans ce cadre, seul le « corps médical » intervient. D'autre part, sporadiquement, les médias proposent de faire le point sur la question soit parce que l'événement s'y prête (journée mondiale contre le sida, Sidaction, gay & lesbian pride, bilan de l'Onusida, etc.), soit parce qu'une célébrité affiche ouvertement sa séropositivité, soit simplement parce qu'« on » n'en a pas parlé « socialement » depuis longtemps.
- 55 C'est dans ce contexte que le sida devient un « phénomène social » (Herzlich et Pierret, 1988 : 1110) où « patients », « personnel soignant », « représentants du gouvernement et des associations » – groupe de témoins absent de cette étude – ont droit de cité dans les discours. Et à partir de 1986, le sida est devenu « social » à tel point qu'on joue au jeu des sondages²³. Le témoin joue alors un rôle dont il a conscience : sensibiliser une opinion publique directement ou indirectement à la lutte contre le sida. Pour un patient, dire sa séropositivité « *c'est [sa] manière de combattre le SIDA. Dire la vérité, c'est l'assumer. Pour les autres copains séropositifs, parce qu'il faut se battre sans cesse pour trouver des solutions.* »
- 56 L'année 1997 marque un tournant avec « le passage en ville » des « trithérapies ». Commence une période de vaches maigres : moins de discours (mais toujours autant de témoins) donc moins d'information, moins de prévention malgré un « *Non à la trithérapie triomphante* » lancé par Bernard Kouchner. Les médias se sont-ils lassés d'avoir intensément traité le sujet pendant dix ans ? Ou bien pensent-ils avoir lassé le grand public ces dix dernières années ? Toujours est-il qu'il semblerait que les médias aient saisi l'« opportunité » des multithérapies pour tourner une page « discursive ». La maladie se présente sous un autre jour ; le discours aussi. 1997 marque donc, semble-t-il, une année charnière où le discours médiatique a contribué, bon gré mal gré, à accorder une place moindre au sida. Banalisation ? Probablement, comme on a tenté de le montrer au début de cet article. Banalisation due à un discours lui-même répétitif. Les « dossiers » sur le sida ont tendance à se ressembler. On sait désormais d'avance quels témoins vont intervenir et ce qu'ils vont dire sauf cas exceptionnels. On sait quels thèmes seront abordés. Le discours médiatique sur le sida ne crée plus l'« effet de surprise » et c'est peut-être aussi la raison pour laquelle il perd de sa valeur. Mais pour autant peut-on se lasser d'une discursivité ? Banalisation ensuite due aux procédés discursifs en tant que tels. À travers l'étude de la figure du témoin, on a tenté de montrer, notamment en 1.1., comment le discours, à force de revendiquer une certaine neutralité à travers l'usage des mots, finissait par faire du sida « une pathologie classique ». « *À quoi cela a-t-il servi d'avoir fait quelque chose, si c'est pour s'arrêter quand ce n'est plus la mode ?* » (Libération, 22/04/98). Mais les médias sont imprévisibles et le virus, capable de s'adapter, n'a hélas pas encore dit son dernier mot. Sa résistance aux traitements à long terme n'obligera-t-elle pas les médias à ouvrir un nouveau chapitre

médiatique dans l'histoire du sida ? Quel sort sera-t-il fait alors aux nouveaux témoignages ?

NOTES

- *. Je tiens à remercier F. Cusin-Berche pour la relecture de cet article et pour les diverses suggestions qu'elle m'a apportées.
2. Le troisième Sidaction (22 avril 1998), quatre mois plus tard, n'a pas non plus suscité beaucoup d'engouement de la part de la presse écrite, ce qui confirme ce constat préliminaire.
 3. Seuls deux types de témoin seront ici traités.
 4. Dont on aurait pourtant pensé qu'il s'agissait du principal témoin.
 5. On verra que l'usage du seul prénom, voire l'absence de nom propre (prénom ou nom), a une signification radicalement différente pour les autres groupes de témoins.
 6. *Désignation* est à prendre ici au sens de Kleiber (1984) qui permet d'envisager l'étude des *paradigmes désignationnels* définis par Mortureux (1993).
 7. Cela semble propre à la presse écrite. En effet, lors du Sidaction 1998, les « animateurs » utilisaient abondamment les vocables *malade* et *sidéen* pour caractériser les témoins.
 8. Sur la tendance à la « victimisation », on se référera à Bruckner (1995) qui en vient à parler de « concurrence victimaire ».
 9. Les enfants séropositifs (nés de parents séropositifs) sont représentés indirectement par le président de l'association Sol En Si (Solidarité Enfants Sida).
 10. C'est nous qui soulignons.
 11. Bien que le *Robert* ne présente pas les choses de cette manière.
 12. Le discours des représentants des associations s'oppose à ce traitement.
 13. Il me semble pourtant que les médias, en général, ont failli à cette mission. L'exemple flagrant étant celui du Sidaction : on est passé de 300 millions de francs en 1994 à 65 millions en 1996 à 10 petits millions en 1998... Des chiffres qui laissent songeur quand on sait que, par ailleurs, le Téléthon, autre événement médiatique répétitif, est parvenu à la modique somme de 400 millions de francs en 1997. L'attention des médias dépasse désormais les frontières et pointe l'Afrique et l'Asie où le sida fait des ravages. Par exemple, la quasi-totalité des articles du *Monde* du premier semestre 1998 n'a traité que du sida sur ces deux continents et là, on y retrouvait de manière récurrente le mot *victime*.
 14. « Effet de réel » accentué par des propos rapportés en style direct (Maingueneau 1991 : 134).
 15. Au reste, ces personnages ont souvent dans la réalité plus d'un lieu institutionnel de rattachement.
 16. Voir Authier-Revuz, 1978, 1992, 1993 et 1996.
 17. C'est nous qui soulignons.
 18. M. Pollack et M.-A. Schiltz (1987) notent que, par ailleurs, le travail des médecins consiste, en partie, « à dédramatiser la maladie et à favoriser l'espoir, cette ressource si peu définissable, mais si indispensable à la lutte que le patient doit engager contre une éventuelle aggravation de son état » (p. 96).
 19. Voir à ce sujet Saint-Jarre (1994).
 20. Optimisme qui tranche avec le climat de morosité ambiante d'alors et que certains dirigeants évoquaient sous le nom de « sinistrose » !

21. Voir aussi Nédélec (1994).

22. Cette solidarité a souvent été remise en cause par les séropositifs et les sidéens eux-mêmes depuis l'arrivée « en ville » des multithérapies « [...] on se sent de plus en plus seuls », déclare un témoin.

23. On interroge, par exemple, sept mille personnes en Europe pour savoir si elles accepteraient « de boire dans le verre d'une personne séropositive, de partager son lit, de l'embrasser » (*L'Humanité*, 01/12/97).

RÉSUMÉS

Si la presse écrite généraliste propose ce qu'elle nomme des « témoignages », c'est qu'elle pense pouvoir trouver sur le terrain des gens capables de « témoigner ». À partir de l'analyse d'une série d'articles parus dans la presse écrite lors de la neuvième journée mondiale contre le sida (1997), sont décrites quelques facettes de la figure du témoin. Dans une première partie, on dresse la liste des « groupes » de témoins en étudiant chaque fois les processus identificatoires mis en œuvre par les médias ; on montre comment certaines représentations (sociales et autres) se mettent en place. Dans une deuxième partie, on examine la discursivité des témoins en décrivant, d'une part, les rapprochements qui s'opèrent entre les groupes de témoins et, d'autre part, ce qui les différencie.

An aspect of testimony in journalism: the world day against AIDS

Newspapers propose what they call testimonies because they think that there are people able to testify, in other words that they are witnesses. This article presents an analysis of French newspaper articles published for the 9th world day against AIDS (1997). In the introduction, I propose a definition of witness which points out the fact that there is more than one witness in democracy. In the first part, I draw up the list of groups of witnesses by studying how the media identifies them in each case; the comparison of these analyses shows how (social) representations are set in place. In the second part, I examine the witnesses' discourse by describing, on one hand, the points in common, and on the other hand, their specificity and/or opposite points of view.

AUTEUR

FLORIMOND RAKOTONOELINA

CEDISCOR.

Doctorant de l'université de la Sorbonne Nouvelle (Paris-III), membre de l'équipe de recherche sur les « Formes et conditions de la circulation des connaissances scientifiques dans les médias » (programme « Médias et société » du CNRS). Il a publié cette année un article intitulé « Le cédérom : l'hétérogénéité sémiotique au service de la transmission des savoirs » dans un ouvrage collectif, *L'astronomie dans les médias. Analyses linguistiques de discours de vulgarisation* (1999, PSN) et un autre sur « La dimension interactive des manuels d'autoformation à la micro-informatique », dans *Langage(s) et travail : enjeux de formation* (1999, INRP).