

- Radionuclides Inhaled at Different Doses. European IRPA-Congress, Amsterdam, 1975.
- [9] *Batchelor A. L., Buckley B., Gore D. J., Jenner T. J., Major I. R.*, The carcinogenic effect of localized fission fragment irradiation of the lung. *Int. J. Radiat. Biol.* 1980, 37: 249-266.
- [10] *Hempelmann L. H., Langham W. H., Richmond C. R., Voelz C. R.*, Manhattan Project Plutonium Workers: A twenty-seven year follow-up study of selected cases. *Health Phys.* 1973, 25: 461-480.
- [11] *Jacobi W., Feinendegen L. E., Hug O., Oberhausen E.*, On the toxicity of inhaled hot particles with special reference to plutonium. *Rad. & Environm. Biophys.* 1978, 15: 1-11.
- [12] *Devell L., Tovedal H., Bergstrom U., Appलगren A., Chyessler J., Andersson L.*, Initial observation of fallout from the reactor accident at Chernobyl. *Nature* 1986, 321: 192-193.
- [13] *Hohenemser C., Deicher M., Hofsäas H., Lindner G., Recknagel E., Budnick J. I.*, Agricultural impact of Chernobyl: A warning. *Nature* 1986, 321: 871.
- [14] *Burkart W.*, Dose response in radiation induced human carcinogenesis. *Nuclear Techn.* 1983, 62: 81-93.
- [15] *Lafuma J., Nenot J. C., Morin M., Masse R., Métivier H., Nobile D., Skupinski W.*, Respiratory Carcinogenesis in Rats after Inhalation of Radioactive Aerosols of Actinides and Lanthanides in Various Physicochemical Forms. In: Karbe E., Park J. F. (eds) *Experimental Lung Cancer*, Springer, Berlin, 1974.
- [16] *Richmond C. R., Voelz G. L.*, Annual Reports of the Biological and Medical Research Group, Los Alamos Scient. Lab. Reports LA-4923-PR, 1972.
- [17] *Richmond C. R., Voelz G. L.*, Annual Reports of the Biological and Medical Research Group, Los Alamos Scient. Lab. Reports LA-5633-PR, 1974.
- [18] *Grossman B. N., Little J. B., O'Toole W. F.*, Role of carrier particles in the induction of bronchial cancer in hamsters by <sup>210</sup>Po- $\alpha$ -radiation. *Rad. Res.* 1971, 47: 253.
- [19] *Mann R. J., Kirchner R. A.*, Evaluation of lung burden following acute inhalation exposure to highly insoluble PuO<sub>2</sub>. *Health Phys.* 1967, 13: 877-882.
- [20] *Burkart W.*, "Hot Particles" im Tschernobyl-Ausfall: Abschätzung der Dosimetrie und Diskussion der biologischen Effekte. In: André et al., eds. *Radioaktivitätsmessung in der Schweiz nach Tschernobyl und ihre wissenschaftliche Interpretation*, Bundesamt für die Gesundheit, Bern, 1986: 660-670.
- [21] *Feinendegen L. E., Hug O., Jacobi W., Oberhausen E.*, Zur Toxizität inhalierter heisser Partikel, insbesondere Plutonium. In: *Empfehlungen der Strahlenschutzkommission zu speziellen Fragen des Strahlenschutzes in den Jahren 1974-1984*, G. Fischer Verlag, Stuttgart, 1976.

## SIDA, santé publique et éthique: La problématique des barrières

Jean Martin

Service de la santé publique et Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Cité-Devant 11,  
CH-1014 Lausanne

Pour qui suit l'histoire rapidement évolutive du SIDA, notamment dans les médias, il est clair que la question des mesures autoritaires qui pourraient être prises est soulevée fréquemment, de plus en plus fréquemment semble-t-il.

De milieux plus ou moins crédibles et plus ou moins orientés politiquement, on voit venir par exemple des suggestions de tests sérologiques obligatoires, pour toute la population ou des groupes en son sein, et de mesures d'ostracisme vis-à-vis des séropositifs et malades. Par exemple leur exclusion de certains endroits (crèches, écoles, autres groupes organisés) et de certaines activités professionnelles. Sans compter ceux qui proposent que les personnes infectées soient identifiables de manière définitive (tatouage!).

Une réflexion sereine quant aux modalités d'application pratique de telles propositions dans notre société montre qu'elles sont irréalisables. Qui plus est, alors même que le gain de santé, les bénéfices de santé publique à attendre seraient nuls ou quasi nuls, les effets secondaires négatifs, eux, seraient graves: des discriminations et surtout le fait de pousser dans la clandestinité les personnes qui se sentiraient visées.

D'où des difficultés très accrues de les atteindre pour les intervenants des secteurs sanitaire et social qui s'attachent à trouver des manières efficaces de les aider et d'implanter de véritables comportements de prévention dans la population.

En tant que médecin de santé publique, notre rôle est d'étudier tout ce qui peut apporter une contribution utile à la lutte contre l'extension du SIDA. L'observation de la situation actuelle nous amène à la constatation que, trop souvent, on se trompe de «barrières». Qu'on a tendance à envisager celles qui sont inutiles et «contre-productives», peut-être parce qu'elles paraissent plus simples et plus fermes. Et qu'on ne met pas suffisamment l'accent sur d'autres, qui peuvent, elles, être efficaces mais dont l'application demande un engagement personnel et souvent du courage.

### Ce qui est inutile

C'est le cas des propositions tendant à élever des barrières pour isoler certains groupes (que ce soit les homosexuels, les toxicomanes, les prostituées, les immigrants, les réfugiés, etc.). Avec l'idée de les «empêcher de nuire» comme on le faisait dans d'autres

temps pour les lépreux, les pestiférés ou plus récemment, par une mise à l'écart médicalisée, pour les tuberculeux. Ces suggestions résultent d'analogies infondées avec ces situations du passé, ne tenant pas compte des caractéristiques épidémiologiques documentées de la maladie. Ainsi, elles négligent le fait que le virus HIV est *très peu contagieux* sauf dans les conditions d'exposition bien connues: relations sexuelles, échange de sang (direct, d'un système circulatoire à un autre système circulatoire) et grossesse.

A ce propos, on peut citer la prise de position de juin 1987 des Centres collaborateurs OMS sur le SIDA, lors de la réunion qui s'est tenue à Washington, D.C., qui inclut les éléments suivants [1]:

«Rien n'indique que le VIH puisse être transmis par les voies respiratoires ou intestinales ou par contact fortuit de personne à personne dans un cadre familial, social, professionnel, scolaire ou carcéral.»

«Rien n'indique que le VIH puisse être transmis par les insectes, les aliments, l'eau, la sueur ou les larmes, pas plus que les toilettes, l'eau des piscines, la vaisselle, les vêtements d'occasion ou les appareils téléphoniques.»

Dans le même ordre d'idées, les dernières recommandations publiées sous l'égide des Centers for Disease Control, d'Atlanta, disent en une phrase: «No environmentally mediated mode of HIV transmission has been documented» [2].

Il faut donc répéter qu'on peut côtoyer et vivre avec des séropositifs et des malades sans risque de contamination. Répéter aussi que les risques réels sont en rapport avec des actes qui sont très généralement conscients et volontaires: relations sexuelles et échange de seringues notamment (le cas des nouveau-nés contaminés par leur mère étant évidemment particulier à cet égard).

Cela étant, que peuvent apporter les mesures obligatoires que certains proposent? Le *test obligatoire* de toute la population aurait les conséquences graves suivantes:

- D'abord, il serait extrêmement difficilement réalisable. A l'évidence, certaines personnes refuseraient. Faudrait-il alors employer les agents de la sécurité publique, amener de force des citoyens dans un hôpital ou un laboratoire pour être testés? Ou envoyer des escouades de police sanitaire prélever du sang au domicile des gens contre leur gré? On voit rapidement que les perturbations sociales qu'amènerait un tel programme, de manière certaine, seraient sérieuses.
- Les frais d'exécution de l'entreprise seraient très élevés. 6 millions de tests pour autant de Suisses, même au prix (hypothétique) bas de Fr. 5.- par unité par exemple, coûteraient 30 millions de francs. S'ajouteraient de multiples frais logistiques qui seraient importants, notamment en ce qui concerne les personnes récalcitrantes...
- Surtout, ayant examiné toute la population, on aurait une connaissance ponctuelle de la situation,

qui n'aurait qu'une utilité ponctuelle. Des milliers de personnes ayant journalièrement des comportements à risque, il conviendrait donc de répéter l'opération périodiquement: tous les mois, tous les trois mois, tous les ans...? Tout en se souvenant encore que, au jour même du test, ceux qui se sont infectés au cours des 2 à 3 derniers mois pourront encore être séro-négatifs alors qu'ils sont contaminants dans le cadre de relations à risque.

- S'agissant (plutôt que de toute la population) des groupes dits particulièrement exposés, les difficultés seraient aggravées par le fait qu'on a (bienheureusement) aucun «registre» de ces personnes. Préalablement à l'introduction d'examen obligatoires, faudrait-il se livrer à des recensements (qui ne seraient jamais que fragmentaires)? On voit d'ici le cortège de soupçons, de délations, de mensonges, dont cela s'accompagnerait. Très clairement, on serait reporté à ce qui s'est passé en Europe il y a 50 ans, avec des conséquences humaines et sociales comparables.
- L'effet négatif pratiquement le plus grave de l'imposition du test à des groupes définis serait le *passage à la clandestinité* de ceux qui, à tort ou à raison, se sentiraient visés, ce qui irait à l'encontre des efforts faits en matière de prévention du SIDA. Ces personnes ne se hasarderaient plus à venir demander les prestations (examen médical, test *volontaire*, information, conseil, encadrement) dont elles ont besoin.

Au-delà de la question du test obligatoire, quelques mots sur les idées émises d'*isoler* du reste de la société les séropositifs et les malades... D'abord, il faut redire que cela n'est pas médicalement nécessaire pour protéger le public, puisque le SIDA ne s'attrape pas par les actes de la vie quotidienne (à la différence par exemple de la tuberculose, où le fait de vivre dans le même ménage qu'un tuberculeux évolutif représente un risque élevé d'infection). Ensuite, là aussi, il s'agit de mesures inimaginables actuellement, notamment sur le plan pratique. Qu'on considère par exemple le fait que 25 000 à 30 000 Suisses probablement sont séropositifs à fin 1987... Où entendraient-on les mettre? Dans quelles conditions? S'esquisserait alors le spectre d'une société où des milliers de personnes seront occupées à être les «gardiens de prisons» (ou de camps) d'autres dizaines de milliers? Et ceci pour une durée indéterminée puisque on doit admettre à ce stade que, ayant été infecté, on reste potentiellement infectant à long terme.

Sans qu'il soit nécessaire de détailler plus avant ces scénarios totalitaires et «ghettoisants», on voit que, indépendamment même de leur non-justification aux plans scientifique et éthique, ils sont simplement irréalisables. Si néanmoins ce type de barrières attire certain public (et même certains «responsables»), c'est qu'il semble avoir pour lui la logique de «séparer le bon grain de l'ivraie». (Qu'on éradique de notre sein ces déviants et nous serons tranquilles.) Dans tous les cas de figure, il faut souligner que cela ne serait que sécurité illusoire, qui aurait même comme effet probable de démobiliser la *vigilance que chacun doit exercer*,

pour lui-même, dans ses comportements. Le dernier défaut grave des éventualités autoritaires en effet serait qu'elles donnent au public l'impression erronée que les pouvoirs publics ont les moyens de protéger efficacement les individus du risque SIDA. Dans les circonstances actuelles, c'est faux. (Cela étant, nous ne mettons bien entendu pas en cause ici le test de routine des donneurs de sang ou d'organes, qui est impératif – mais il ne s'agit pas en réalité d'une mesure autoritaire puisque ces donneurs sont volontaires.)

### Ce qui est utile

Ce qui mettra en échec le SIDA, ce sont les *barrières* que chacun adoptera dans sa propre *manière de vivre*, dans ses relations avec les autres. En particulier, cesser de se comporter comme si l'exercice du sexe, avec autant d'autres «mécaniques biologiques»/corps humains/partenaires que possible, était la première valeur de l'existence. Réintroduire une «barrière» positive à l'endroit du prochain en termes de:

- Intérêt préalable à l'égard de la personne qu'on a en face de soi: au moins savoir d'abord qui on rencontre, faire connaissance, dialoguer.
- Retenue, courtoisie: ingrédient essentiel d'une relation humaine de qualité.
- Notion de choix, particulièrement de ceux avec lesquels on entretient des rapports intimes. A ce propos, ne pas se soumettre de manière «moutonne» aux comportements soi-disant à la mode. Garder son libre-arbitre: avant d'adopter telle conduite, être sûr que, tout bien considéré, on a personnellement décidé de le faire.
- Respect de l'autre dans ses opinions, ses attitudes et son corps, et respect de soi-même «en miroir». C'est ce respect qui, s'il y a relation sexuelle, rendra toute naturelle, *élémentaire*, l'exigence de l'utilisation du préservatif (sauf rapport stable et fidèlement monogame).

A la différence des discriminations autoritaires à l'endroit de personnes ou de groupes donnés, ces barrières souhaitables (et potentiellement très efficaces) nous concernent tous. Chacun doit les intégrer dans sa façon de vivre. Et chacun devrait chercher à convaincre ceux avec lesquels il entre en contact que c'est là la bonne manière de «mettre une distance» entre les gens à l'époque du SIDA.

Cela correspond d'ailleurs au besoin naturel d'un espace vital propre, et selon l'occasion d'une certaine solitude, que connaissent de manières diverses tous les êtres vivants. Nous ne saurions, en tant que collectivité humaine, maintenir un équilibre et une santé satisfaisante dans la promiscuité, la confusion, et la polarisation sur le nombre et la versatilité des relations sexuelles.

Parmi les chances (il y en a certainement) que nous offre l'inquiétante épidémie du SIDA, il y a celle de retrouver (ou renforcer) une lucidité, un discernement entre l'essentiel et l'accessoire. Le respect de l'autre et une certaine retenue (dans le bon sens) peuvent être

tout à la fois un moyen efficace de prévention de cette maladie et un moyen de promouvoir des relations moins fragmentaires, plus équilibrées, plus pleines, entre nous.

### Ce qui pourra changer quand nous disposerons de traitements ou de vaccins efficaces vis-à-vis du SIDA

La discussion qui précède vaut pour les conditions actuelles, où véritablement les possibilités de prévenir l'extension de la maladie reposent surtout sur ce que chacun fait et fera, et à certains égards plus sur les séronégatifs que sur les séropositifs. Les séronégatifs en tout cas ont un intérêt éminent à prendre les mesures propres à éviter qu'ils n'accroissent la cohorte des personnes déjà contaminées.

Qu'est-ce qui changera le jour où un traitement ou un vaccin deviendra disponible? En bref, la situation sera alors plus proche de celle d'autres maladies transmissibles sérieuses: si nous avons le moyen de guérir et de protéger telle personne et d'éviter qu'elle ne contamine son entourage, alors la question se posera légitimement de voir quelles actions imposées, d'office, peuvent se justifier (qui soient susceptibles d'apporter un gain de santé à l'individu contaminé et à la société dans laquelle il vit).

Comme pour tant d'aspects des problèmes que pose le SIDA, l'important ici est de ne pas se figer dans des attitudes stéréotypées simplistes, mais de suivre l'évolution des connaissances et des faits pour, là où cela devient pertinent et en temps opportun, adapter les doctrines et les pratiques. Il reste que, aujourd'hui, les moyens d'enrayer le fléau ne sont pas à chercher d'abord parmi ce que pourrait imposer l'Etat mais bien dans des changements dans la manière d'être et d'agir des individus.

### Références

- [1] OMS. Syndrome d'immuno-déficience acquise – Réunion des Centres collaborateurs OMS sur le SIDA. Relevé épidém hebdomadaire Wkly Epidem Rec 1987; 62: 221–223.
- [2] Centers for Disease Control. Recommendations for Prevention of HIV Transmission in Health-Care Settings. Morbid Mortal Wkly Rep 1987; 36: No 2S (supplement), p. 9S.

### Résumé

A de nombreuses reprises déjà, la menace que représente le SIDA a fait surgir des propositions de mesures obligatoires, autoritaires. On a surtout jusqu'ici imaginé d'isoler certains groupes, pour les «empêcher de nuire»; ceci contre l'évidence scientifique ou d'expérience qui montre que ces mesures seraient soit inutiles, soit inefficaces.

En fait, ce n'est pas dans le sens de discriminations de personnes ou de groupes dits à risque qu'il faut envisager des «barrières». Mais il faut revaloriser les «barrières» positives que chacun de nous devrait gérer pour lui-même et qui sont notamment: l'intérêt pour l'autre en tant que personne qu'il vaut la peine de connaître (au lieu d'envisager d'emblée une relation sexuelle «mécanique» et impersonnelle), la retenue et la courtoisie, le choix, le respect. La réintroduction de telles manières d'être peut apporter une contribution efficace à la lutte contre le SIDA, contrairement aux tentatives «ghettoisantes» qui auraient des conséquences clairement négatives.

**Zusammenfassung**

**AIDS, Ethik und Gesundheit – das Problem der «Barrieren»**

Wiederholt wurden angesichts der Bedrohung durch AIDS obligatorische und autoritäre Massnahmen vorgeschlagen. Unter anderem besteht die Vorstellung, bestimmte Gruppen zu isolieren, um diese so daran zu hindern, anderen zu «schaden». Es konnte jedoch wissenschaftlich und experimentell nachgewiesen werden, dass derartige Massnahmen entweder unnötig oder wirkungslos sind. Angebracht sind «Barrieren» gegen die Krankheit, die aber nicht in der Diskriminierung sogenannter Risikogruppen und -personen bestehen. Wichtig ist vielmehr die Neubewertung «positiver Barrieren», welche jeder für sich selbst anwenden und beherzigen sollte, vor allem: Interesse, die andere Person kennenzulernen (anstatt sogleich eine mechanische und unpersönliche Art der Sexualität zu erwarten), Zurückhaltung, Höflichkeit, Wahl und Respekt für die Persönlichkeit und die Gesundheit des anderen wie für die eigene. Die Wiedereinführung dieser Verhaltensweisen und Werte würde einen wichtigen Beitrag im Kampf gegen AIDS bedeuten; im Gegensatz zu allen Ansätzen zur Schaffung von Ghettos, welche nur negative Auswirkungen zeitigen würden.

**Summary**

**AIDS, Public Health and Ethics—The “Barriers” Issue**

Repeatedly, the AIDS threat has caused the emergence of proposals for obligatory, authoritarian measures. It has above all been con-

ceived to isolate given groups, so that they be “prevented to do harm”. This is done, however, against the scientific and experiential evidence which shows that such measures would be either unnecessary or ineffective.

It is not in the direction of discriminations of so-called risk persons or groups that appropriate “barriers” are to be sought. What is relevant is to revalorize positive “barriers” that each and everyone should set and manage for himself/herself, especially: interest in the other person, whom it is worth first to know well (instead of thinking right away in engaging in a mechanical and impersonal sexual relationship); reserve and courtesy; choice; respect for the other’s personality and health, as well as for one’s own. The reintroduction of such behaviours as preferred ways of being/living would make an effective contribution to the struggle against AIDS, contrarily to the “ghettoizing” and totalitarian temptations, which would have above all contraproductive consequences.

N.B.: Le mot *barrières* est utilisé ici comme un terme générique pour décrire les mesures qui peuvent servir à mettre une distance entre les gens, dans des circonstances et de manières qui peuvent être très diverses. Comme on le verra, «barrières» n’a pas forcément une connotation négative mais peut s’appliquer à des notions éminemment estimables telles que retenue et respect.

## Neue Bücher / Nouveaux livres

**Intuitive Medizin**

*Einführung in eine anthroposophisch ergänzte Medizin*  
Volker Fintelmann  
268 S., kartoniert, DM 68.–,  
Hippokrates-Verlag GmbH, Stuttgart 1987,  
ISBN 3-7773-0770-X

Man wird es einem überzeugten Schulmediziner nicht verargen, wenn er ein Buch, das aus der Sackgasse, in die sich die naturwissenschaftlich orientierte Medizin hineinmanövriert haben soll, herauszuführen verspricht, mit Skepsis zur Hand nimmt. Diese Skepsis macht aber bei der Lektüre der einleitenden und dann wieder der Schlusskapitel einem breiten Konsens Platz. Das Buch unterscheidet sich sehr positiv von andern medizinkritischen Schriften der letzten Jahre, die ausser Polemik oder theoretischen Auslassungen nichts bieten konnten und deshalb keine Resonanz fanden. Hier schreibt der Chefarzt einer wichtigen Krankenhausabteilung, der die offizielle Medizin beherrscht, aber das Staunen über die Geheimnisse der Natur und des Menschen nicht verlernt hat und sich deshalb aus täglicher Erfahrung heraus um eine umfassende Sicht der Medizin bemüht. Er tut das in klarer, gepflegter Sprache. Er versteht es, die heutige Situation der Medizin und die sich daraus ergebenden Forderungen für eine zukünftige Ausbildung transparent darzustellen. Auch wenn der Leser nicht gewillt oder nicht imstande ist, den anthroposophischen Gedankengängen zu folgen, findet er wichtige Beobachtungen und Überlegungen

in grosser Zahl, die er sich ohne weiteres zu eigen machen kann und soll. Eine grosse Leserschaft, vor allem auch unter den Ärzten, die für die medizinische Ausbildung verantwortlich sind und durch ihre Stellung beispielgebend wirken sollten, ist deshalb dem Buch zu wünschen.

Rudolf Schuppli, Basel

**Haschisch – Wirkung und Gebrauch**

*Informationen und Argumente für die Praxis*  
K.-W. Täschner, 64 S., 4 Abb., 12 Tab.,  
kartoniert, DM 14.80, Hippokrates-Verlag,  
Stuttgart 1987, ISBN 3-7773-0845-5

Der Cannabis-Verbrauch hat in den vergangenen Jahren in Europa eine Verbreitung gefunden, die einerseits bedenklich scheint, andererseits zeigt, dass Lernprozesse im Umgang mit Drogen möglich sind. Die Gefahr einer derartigen Entwicklung besteht darin, dass Kenntnisse über Gebrauch, Wirkungen und Auswirkungen verblassen. Breitangelegte Informationskampagnen gegen das Tabakrauchen kontrastieren heute mit Liberalisierungstendenzen für das Cannabisrauchen. Es ist deshalb zweifellos ein Verdienst, dass Volker Faust, als Herausgeber der Reihe Psychiatrie für den Praxisalltag, das Thema Haschisch zur Diskussion stellt. K.-L. Täschner informiert in übersichtlicher und angenehm lesbarer Weise. Quintessenz: Nicht bagatelisieren, sondern sachliche Auseinandersetzung ist angezeigt.

Dieter Ladewig, Basel

**Hygiène sur les bancs d’école**

*Approche de l’éducation pour la santé (EPS) en milieu scolaire*  
Jean-Daniel Boegli, responsable de la  
formation des animateurs de santé du canton  
de Vaud. Avril 1987. 52 pages

Ce document est, selon son auteur, un travail de compilation qui s’adresse avant tout aux professionnels de l’enseignement. Malgré la difficulté de résumer un rapport où chaque mot vaut son pesant d’or, le texte résume d’abord les principaux concepts sur lesquels s’appuie l’éducation pour la santé tels que santé (qui est un état passager à reconquérir sans cesse), prévention («ne pas forcément ajouter des fractions d’années à la vie, mais de la vie aux années»), promotion (notion plus dynamique que celle de prévention). Il rappelle ensuite la place et le rôle de la législation dans les activités de prévention et de promotion de la santé. L’auteur montre enfin l’évolution de l’éducation sanitaire traditionnelle (visant à la prévention des risques) à l’éducation pour la santé contemporaine, qui s’attache à la promotion de la santé agissant sur les attitudes et les comportements par la connaissance et, plus récemment même, par la motivation. Il conclut en disant que l’éducation pour la santé en milieu scolaire est une attitude d’esprit qui vise à l’émancipation de l’élève. Bien que ce document s’inscrive dans le contexte vaudois, il mérite à notre avis une attention particulière par tous ceux qui sont concernés par l’éducation pour la santé à l’école. Dominique Hausser, Lausanne