

Infection par le VIH et sida

• • • • •

Prévention - Enjeux sociaux -
Connaissances médicales - Traitements
-Vie quotidienne - Pratiques
professionnelles

Édition 1998

Logo
ministère de
l'Emploi
et de la Solidarité



Sommaire

L'épidémie

Une nouvelle maladie

Repères chronologiques

Le virus de l'immunodéficiency humaine

Le sida

L'épidémie dans le monde

Cas de sida déclarés

Estimation du nombre de personnes atteintes

Modes de transmission

Le développement de l'épidémie

Afrique subsaharienne

Asie

Amérique latine et Caraïbes

Pays industrialisés

La situation européenne

Europe de l'Est

Répartition par pays

L'amélioration du dispositif

Les chiffres en France

Le dispositif de surveillance

Présentation des données

Répartition par âge et par sexe

Répartition par modes de transmission

Connaissance de la séropositivité au moment du diagnostic

La lutte contre l'épidémie

L'historique

La mobilisation des associations

Les premières mesures

Le rapport Got

Le rapport Montagnier

Le " groupe Dormont "

Les structures associatives

Des initiatives innovantes

L'information et la prévention

L'accueil des personnes atteintes

La défense des droits des personnes

L'information sur les traitements

L'action des volontaires et bénévoles

Les structures institutionnelles spécifiques

La Division sida

La Mission sida

L'Agence nationale de recherches sur le sida

Le Conseil national du sida

Le Comité interministériel de lutte contre le sida (CILS)

Les orientations stratégiques

La prévention

Éviter de nouvelles contaminations

Les populations " cibles "

L'accès aux soins

La précarisation

Transmission et prévention

La transmission du virus

- Connaître les risques
- La présence du virus
- Une porte d'entrée
- En cas de risque important de contamination

Transmission par les sécrétions sexuelles

- Rapports sexuels non protégés
- Contacts de la bouche avec le sexe ou l'anus
- Le préservatif
- Insémination artificielle

Transmission par le sang

- Usage de drogue par voie intraveineuse
- Produits dérivés du sang
- Transplantation d'organes et de tissus

Transmission mère-enfant

- Infection par le VIH et désir d'enfant
- L'évaluation du risque
- Allaitement et dons de lait
- La séropositivité du nouveau-né

Risques dans la vie courante

- Un virus très fragile
- Contact avec des objets ayant pu être contaminés
- Linge et vaisselle

Après une exposition au risque de contamination par le VIH

La démarche de dépistage

- Des situations particulières
- Le dépistage volontaire
- L'intérêt de la démarche

Les techniques de dépistage

- L'antigénémie p24
- La recherche des anticorps
- La mesure de la charge virale

Les situations d'urgence

- L'évaluation du risque
- Le traitement antirétroviral après exposition

Les consultations de dépistage

- Où s'adresser
- La remise du résultat

L'infection par le VIH

L'évolution de l'infection

- La primo-infection
- Phase asymptomatique et symptômes mineurs
- Les infections secondaires
- Le suivi médical
- Délai avant l'apparition de la maladie

Les principales pathologies du sida

- La pneumocystose
- La candidose œsophagienne

- Le sarcome de Kaposi
- La toxoplasmose
- Les infections à cytomégalovirus
- Les lymphomes
- L'encéphalite due au VIH
- La tuberculose
- Les infections à mycobactéries atypiques
- La cryptosporidiose

Les traitements

- Traitements antirétroviraux
- Les multithérapies
- Les phénomènes de résistance
- L'observance (adhésion au traitement)
- Prescription et dispensation des antirétroviraux
- Traitement des infections opportunistes
- Traitement des symptômes

La recherche

- Essais thérapeutiques
- Les autorisations temporaires d'utilisation (ATU)
- La recherche d'un vaccin

L'infection par le VIH chez l'enfant

- Diagnostic
- Évolution de la maladie
- Aspects thérapeutiques
- Suivi

Aspects juridiques et sociaux

Repères chronologiques

- La législation
- La lutte contre la discrimination
- Le Fonds d'indemnisation

Le droit du travail

- Travail et infection par le VIH
- L'embauche
- Le médecin du travail
- L'adaptation du poste
- Les arrêts maladie
- Le temps partiel à caractère thérapeutique
- Le congé longue maladie
- Le retour à l'emploi
- Le licenciement

Les assurances

- Les prêts immobiliers ou professionnels
- Les informations relatives à l'état de santé

La protection sociale

- L'accès aux droits
- La prise en charge à 100 %
- Le maintien des droits sociaux
- La pension d'invalidité

L'aide sociale

- L'allocation adulte handicapé
- L'aide médicale
- L'allocation d'éducation spéciale
- Le revenu minimum d'insertion

Les centres de premier accueil médical

Le maintien à domicile et l'hébergement

Un logement adapté

Les aides au logement

Le logement social

Soins et aide à domicile

Les maisons de repos

Les appartements de coordination thérapeutique

Les centres d'hébergement et de réadaptation sociale

Droits des personnes étrangères

L'article 186 du Code de la famille

Les demandeurs d'asile

Les personnes malades en séjour irrégulier

La prise en charge des enfants

Milieux de vie

Le respect du secret

L'accueil en collectivité

Perturbations de la structure familiale

Accueil et adoption

Les établissements de l'aide sociale à l'enfance

La prise en charge hospitalière

L'accueil et l'accompagnement

La prise en charge des malades et de leurs proches

Le soutien psychologique

L'accompagnement social

La prise en charge des usagers de drogue

L'équipe soignante

La confidentialité

Le secret professionnel

Le respect du secret

Les risques d'indiscrétion

La révélation à un tiers

Droit du mineur

Le droit à l'information

L'information

La vérité

L'accès au dossier médical

Les structures hospitalières

Les CISIH

L'hospitalisation classique

L'hôpital de jour

L'hospitalisation à domicile

Les réseaux ville-hôpital

La prévention des risques de contamination en milieu de soins

Les risques professionnels liés au VIH

Infections professionnelles prouvées ou présumées

Le risque de transmission

Évaluation des risques

Autres catégories de personnel

Prévention des accidents professionnels

L'inactivation du VIH

Procédés chimiques

Procédés physiques

Stérilisation du petit matériel médico-chirurgical

Précautions générales

Lavage des mains

Tenue de travail

Manipulation des objets

Manipulation des produits biologiques

Particularités de certains soins

Soins de bien-être et de confort

Soins en chirurgie

Soins en obstétrique

Soins de kinésithérapie

Soins dentaires

Soins mortuaires

Nettoyage et entretien

Vaisselle

Literie

Blanchisserie

Entretien (locaux, mobilier)

Sanitaires

Nettoyage quotidien des surfaces

Désinfection finale

Maintenance technique

Accidents professionnels comportant un risque de contamination

Premiers soins

Évaluation du risque infectieux

TraITEMENT antirétroviral après exposition

Déclaration

Surveillance médicale

Autres risques

Risques liés aux traitements

Risques de transmission d'infections

Chronologie

Lexique

Pour en savoir plus

Bibliographie

Tout public

Personnes atteintes

Professionnels sanitaires et sociaux

Médecins

Revues

Centres régionaux d'information et de prévention du sida

Sites Internet

Permanences téléphoniques nationales

Carnet d'adresses

Organismes officiels

Consultations de dépistage gratuit

Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH)

Réseaux ville-hôpital (VIH – toxicomanie)

État des connaissances : novembre 1998

Coordination de la rédaction : Sylvie Cohen

Comité de rédaction : Kemal Cherabi, Jean-Marie Faucher, Roland Landman.

Ont contribué à la rédaction : Yacia Bennaï, Frank Fontenay, Adriana Juez, Florence Lot, Céline Luksenberg, Joëlle Nicolas, Érika Péroz, Christian Serindat.

Validation scientifique et technique : Arcat et Direction générale de la santé, Division sida.

Infestation par le VIH et sida

Nous ne sommes jamais égaux face à la maladie. Le VIH-sida accentue cette injustice à un niveau tel qu'il a justifié l'élaboration de stratégies préventives de nature à anticiper et à limiter – dans la mesure du possible – les risques d'aggravation des préjudices moraux et sociaux dont souffrent de manière difficilement communicable tant de personnes parmi nous.

Dans l'approche du VIH-sida, l'humanité de la personne malade s'est imposée comme l'exigence absolue, dans un contexte social qui ne visait pourtant qu'à la révoquer. Dès lors, les approches et les choix ont été envisagés comme des revendications morales et politiques souvent considérées comme l'expression d'initiatives décisives. Au nom de principes intangibles, des malades, leurs proches, leur environnement soignant et social, des administrations, se sont érigés en force de transformation attachée dans un premier temps à préserver des droits et, par la suite, à produire des conceptions différentes de nos obligations à l'égard de la personne malade et plus généralement de tous ceux qui composent notre collectivité.

Si le sida devient progressivement une maladie chronique – qui pourrait ne pas le souhaiter ? – encore est-il dès lors nécessaire d'en tirer certaines conséquences. Il nous appartient d'envisager les modalités appropriées à des traitements de longue durée dont on sait ce qu'ils représentent physiquement et psychologiquement pour la personne malade. En ces domaines, les notions de sollicitude et de justice sociale semblent constituer des principes essentiels. La chronicité d'une maladie nous ouvre aux exigences d'un investissement dans le temps. Elle justifie donc des réponses cohérentes et assurées d'une pérennité. Il s'agit de *vivre avec* une maladie et donc de reconnaître les droits de la personne au-delà de son état de malade.

Force est de constater également que jusqu'à présent les autres pathologies graves n'ont que peu bénéficié de l'investissement des personnes malades et de leurs proches pour modifier les réalités de la vie avec la maladie. Les innovations liées au sida pourront sans doute bénéficier aux personnes atteintes par d'autres pathologies. Il n'est que d'aller dans les hôpitaux qui ont compris ce qu'ils pouvaient gagner à faire évoluer leurs pratiques, et d'observer les évolutions en médecine de ville – notamment avec les

réseaux de soins – pour constater que rien ne sera jamais plus comme avant.

Aujourd'hui, lutter contre le sida est à tant d'égards moins porteur que d'autres formes de mobilisations humanitaires, dans la mesure où l'efficacité apparente des multithérapies semble destituer la maladie de son statut de cause publique, mais que plus encore l'épidémie se développe aux marges de nos sociétés économiquement développées, là où la précarité accentue les vulnérabilités. Pour exprimer cette impression plus précisément, seuls l'expérience et le sentiment d'une proximité permettent de franchir les obstacles et les peurs qui ne peuvent que nous détourner des réalités de l'épidémie. Concevoir notre rapport de proximité avec le VIH-sida ne relève pas seulement d'une conscience appliquée à l'exercice moral d'une prévention vigilante.

Cette nouvelle édition actualisée du guide *Infection par le VIH et sida* constitue à sa manière la nécessaire contribution aux efforts d'information, de formation et de prise en charge qu'il importe de soutenir et de développer avec résolution.

Emmanuel Hirsch
Président d'Arcat

Près de 2 millions d'exemplaires édités depuis 1990

Maladie épidémique, le sida demande la participation de tous à une lutte qui passe par la prévention autant que par la solidarité. Maladie nouvelle, le sida appelle de nouvelles réponses de la société. De ce double constat est venu le rapprochement de la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH), avec ses capacités étendues d'information et d'action, et de l'association Arcat, créée en 1985, qui s'est imposée dans le domaine de l'information sur l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine. Ainsi est né, en 1990, ce guide d'information qui donne l'essentiel de ce qu'il faut savoir sur l'infection par le VIH et le sida. Il a été conçu et réalisé par Arcat et soutenu financièrement par la MNH qui a largement contribué à sa diffusion.

Après six éditions successives, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a proposé à Arcat et à la MNH de reprendre la publication d'*Infection par le VIH et sida* dans la nouvelle collection VIH-sida éditée par le ministère. Pour continuer à diffuser le plus largement possible une information de qualité, Arcat et la MNH ont accepté cette proposition et Arcat a réalisé cette nouvelle mise à jour de la brochure.

L'épidémie

Fin 1998, de nouvelles estimations montraient une augmentation importante de nouveaux cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), qui provoque le sida. Plus de trente millions de personnes seraient atteintes, principalement dans les pays en développement.

Une nouvelle maladie

L'infection par le VIH* est une infection transmissible contre laquelle il n'existe aujourd'hui aucun traitement qui permette d'en guérir. Le sida*, qui correspond à une complication de l'infection, se manifeste au terme d'une longue période sans symptômes visibles.

Repères chronologiques

En 1981, un médecin de Los Angeles signale à l'organisme chargé de la surveillance sanitaire aux États-Unis, le CDC (*Centers for Disease Control*), une épidémie inhabituelle de pneumonie chez de jeunes hommes homosexuels. Des cas de sarcome de Kaposi (maladie de la peau et d'autres tissus de l'organisme), survenant avec une fréquence inattendue chez des sujets jeunes, sont également signalés. La majorité des malades a moins de quarante ans et les trois quarts sont soit homosexuels masculins à partenaires multiples, soit bisexuels. Le dernier quart regroupe des personnes hétérosexuelles, des usagers de drogue par voie intraveineuse, des Haïtiens et quelques hémophiles. Tous souffrent d'un déficit immunitaire important.

À la fin de l'année 1982, cette maladie de cause inconnue est nommée *Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (AIDS)*, en français syndrome immunodéficitaire acquis (sida). En 1983, un premier virus responsable de cette déficience immunitaire est identifié par le Pr Luc Montagnier et son équipe de l'Institut Pasteur à Paris.

Les premiers textes législatifs apparaissent en 1983. En France, la première circulaire concernant l'infection par le VIH date du 20 juin 1983. Émise par la Direction générale de la santé, elle est relative à la prévention de la transmission du sida par la transfusion sanguine : " Le sida pourrait être dû à un agent infectieux dont la transmission par le sang et les produits dérivés du sang a pu être suspectée mais non établie. "

L'année 1985 marque un tournant dans l'histoire de cette épidémie avec la mise à disposition progressive de tests de dépistage des anticorps liés au VIH et l'apparition de la notion de séropositivité pour le VIH.

Fin 1985, un second virus est découvert. Le premier virus, après avoir reçu plusieurs noms, est alors appelé VIH-1, le second VIH-2. Le VIH-1 est responsable de la majorité des cas d'infection par le VIH dans le monde ; le VIH-2, moins fréquent, se retrouve principalement en Afrique de l'Ouest.

Aujourd'hui, des progrès notables ont été faits dans la connaissance de l'infection et de la maladie. Depuis 1996, dans les pays où les traitements antirétroviraux sont disponibles, et en particulier depuis l'introduction des multithérapies, on observe un net ralentissement des infections graves dues au sida ainsi qu'une diminution de la mortalité et des hospitalisations liées à la maladie.

La mise au point de traitements permet de mieux lutter contre plusieurs des complications de l'infection et de ralentir très significativement son évolution.

* **VIH** = Virus de l'Immunodéficience Humaine.

Le terme anglo-saxon est *HIV, Human Immuno-deficiency Virus*.

* **Sida** = Syndrome ImmunoDéficitaire Acquis.

Le terme anglo-saxon est *AIDS, Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*.

- Syndrome : ensemble des signes caractérisant une maladie.

- Immunodéficit : diminution des défenses immunitaires de l'organisme.

 - Acquis : qui n'existe pas à la naissance mais apparaît au cours de l'existence.

Le terme sida est souvent employé à tort pour désigner tout ce qui touche à l'infection par le VIH, mais il définit uniquement le stade le plus avancé et le plus grave de cette infection.

Le virus de l'immunodéficience humaine

Le VIH fait partie de la famille des rétrovirus. Il infecte en particulier les lymphocytes CD4, cellules du système immunitaire (système de défense naturel de l'organisme contre les agressions des bactéries, des parasites, des champignons et des virus).

Le VIH prolifère au sein des cellules qu'il a infectées et se multiplie en détournant leur activité à son profit. Les cellules infectées peuvent ainsi produire de nouvelles particules virales qui vont infecter d'autres cellules. Ce phénomène de reproduction du virus est appelé la réPLICATION virale.

Lorsqu'une personne est contaminée par le VIH, le virus se diffuse rapidement dans l'organisme. Dans les semaines qui suivent la contamination, l'activité du virus dans le sang se situe à un niveau élevé pour ensuite se stabiliser à un niveau inférieur, variable en fonction de chaque personne. Cette période, dite de primo-infection, passe souvent inaperçue. Cependant, dans au moins la moitié des cas, on observe une forme symptomatique de type infection grippale sévère qui disparaît en quelques jours, voire quelques semaines.

Progressivement, le nombre de lymphocytes CD4 diminue. Le système immunitaire, affaibli, se trouve alors dans l'incapacité de défendre correctement l'organisme contre la survenue de certaines infections et de tumeurs.

Le processus d'infection des cellules et de réPLICATION virale se traduit en premier lieu par des symptômes biologiques* " invisibles " pour la personne atteinte par le VIH (mais qui justifient une surveillance régulière), puis, en second lieu, par des symptômes cliniques* qui surviennent plus tardivement et qui sont la conséquence de ces désordres biologiques.

* **Symptômes biologiques** : signes observés lors des examens de laboratoire.

* **Symptômes cliniques** : troubles ressentis par le patient et signes observés par le médecin lors d'un examen médical.

Le sida

Le sida correspond au stade avancé de l'infection par le VIH. Il existe plusieurs classifications de l'infection par le VIH, élaborées en fonction des possibilités de diagnostic et de suivi dans les différentes régions du globe. Aux États-Unis, la dernière classification, revue en 1993, prend en compte la situation clinique des patients ainsi qu'un critère biologique (le taux de lymphocytes CD4*). Chez une personne atteinte par le VIH, le stade sida est établi soit par la survenue d'une des 27 pathologies* reconnues

comme étant caractéristiques du sida, soit par un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 200/mm³.

En France, la définition du sida (revue en 1993) ne prend pas en compte le taux de lymphocytes CD4, mais uniquement les 27 pathologies reconnues comme étant caractéristiques du sida.

* **Lymphocytes CD4 (ou T4)** : cellules sanguines appartenant à la catégorie des globules blancs et jouant un rôle essentiel dans la défense immunitaire.

* **Pathologie** = maladie.

Le sida est une maladie transmissible particulièrement grave :

- parce qu'il n'existe aujourd'hui aucun traitement qui permette d'éliminer totalement le virus ;
- parce qu'il se manifeste au terme d'une longue période sans signes cliniques visibles, ce qui rend l'épidémie très difficile à suivre et à contrôler ;
- parce que les effets de l'infection par le VIH peuvent engendrer de graves problèmes économiques et sociaux, ainsi que des réactions d'exclusion ou de discrimination ;
- parce que les pays les plus touchés sont les moins armés pour lutter contre l'épidémie.

L'épidémie dans le monde

L'épidémie de sida a débuté à la fin des années 1970, touchant principalement l'Afrique subsaharienne, les États-Unis et l'Europe occidentale. Depuis, de nouveaux foyers se sont développés, en Amérique du Sud et en Asie du Sud et du Sud-Est. L'épidémie exige un effort national et international pour apprendre à gérer cette maladie grave, déstabilisante et coûteuse pour l'individu et la collectivité.

Cas de sida déclarés

La surveillance de l'épidémie dans le monde repose notamment sur le dénombrement des cas de sida. Presque tous les pays en ont officiellement déclarés. Les cas de sida représentent la partie visible de l'épidémie, mais comme, en l'absence de traitement, il s'écoule en moyenne de 7 à 11 ans

entre la contamination et l'apparition du sida, les données de cette surveillance reflètent la situation des contaminations par le VIH il y a une dizaine d'années.

Les variations d'un continent à l'autre et d'un pays à l'autre s'expliquent par l'ancienneté de l'épidémie à un endroit donné, par ses différents modes de progression (relations homosexuelles, hétérosexuelles, usage de drogue par voie intraveineuse, activité transfusionnelle) et par des contextes économiques, sociaux et culturels différents. Par ailleurs, la qualité du système de surveillance n'est pas la même pour chaque pays. Certains pays, principalement les pays industrialisés, déclarent tous les cas tandis que pour d'autres pays, le système sanitaire ne permet pas de les notifier tous.

Cas de sida enregistrés depuis le début de l'épidémie

Presque tous les pays ont déclaré des cas de sida. Au 20 juin 1998, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recensé 1 893 784 cas de sida :

- 889 465 cas sur le continent américain (dont 641 068 aux États-Unis) ;
- 686 256 cas en Afrique ;
- 207 890 cas en Europe ;
- 101 429 cas en Asie et au Moyen-Orient ;
- 8 744 cas en Océanie.

Fin 1997, compte tenu des cas non diagnostiqués ainsi que des lacunes et des retards dans la déclaration des cas, et d'après les données disponibles concernant les personnes atteintes par le VIH dans le monde, l'OMS estimait que plus de 12,9 millions de personnes avaient déjà été atteintes de sida, dont près de 90 % dans les pays en développement. Le total des cas déclarés n'atteignait donc pas 15 % du total estimé.

Estimation du nombre de personnes atteintes

Étant donnée la longueur du délai entre la contamination et l'apparition du sida, l'estimation du nombre de nouvelles contaminations par le VIH indique beaucoup mieux l'évolution actuelle de l'épidémie.

L'Onusida* estime que, durant l'année 1998, 5,8 millions de nouveaux cas d'infection par le VIH sont apparus, soit environ 16 000 personnes par jour et que les maladies associées au VIH-sida ont provoqué le décès de

2,5 millions de personnes. Plus de 95 % des personnes infectées vivent dans les pays en développement.

***Onusida (Unaisds)** : programme coparrainé des Nations Unies contre le sida ; structure chargée, depuis début 1996, de coordonner l'activité sida de six agences de l'ONU (Unicef, OMS, Unesco, PNUD, FNUAP et Banque mondiale).

Fin 1998, l'Onusida estime que 33,4 millions de personnes vivent avec le VIH mais que la grande majorité d'entre elles ignore qu'elle est atteinte par le VIH. Parmi elles, se trouveraient 13,8 millions de femmes et 1,2 million d'enfants.

L'infection par le VIH dans le monde

Plus de 30,6 millions de personnes vivent avec le VIH fin 1997
(carte, voir document joint)

- " Afrique du Nord et Moyen-Orient : 210 000
- " Afrique subsaharienne : 22,5 millions
- " Amérique du Nord : 890 000
- " Caraïbes : 330 000
- " Amérique latine : 1,4 million
- " Asie de l'Est et Pacifique : 560 000
- " Asie du Sud et du Sud-Est : 6,7 millions
- " Australie et Nouvelle-Zélande : 12 000
- " Europe occidentale : 500 000
- " Europe de l'est et Asie centrale : 270 000

Total : 33,4 millions

Pays les plus touchés en % de la population adulte (15-49 ans)

- 0,00 % à 0,03 %
- 0,03 % à 0,13 %
- 0,13 % à 0,5 %
- 0,5 % à 2,0 %
- 2,0 % à 8,0 %
- 8,0 % à 32,0 %

Source : Onusida

Modes de transmission

Dans les pays en développement, l'infection par le VIH est avant tout transmise lors de rapports sexuels non protégés (70 % des cas lors de rapports hétérosexuels, 5 à 10 % des cas lors de rapports homosexuels). La probabilité de transmission est plus forte lorsque l'un des partenaires est atteint d'une maladie sexuellement transmissible (MST).

Les MST

En dépit des efforts de prévention, les MST constituent un problème de santé publique majeur aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en développement. Les estimations établies en 1995 font état de 333 millions de nouveaux cas de MST guérissables apparus cette année-là ; la situation devait être identique en 1996, 1997 et 1998.

Le partage par les usagers de drogue, de matériels d'injection contaminés est responsable de 5 à 10 % des cas d'infection par le VIH chez l'adulte. Cette proportion est en augmentation dans de nombreuses régions.

En l'absence de traitement préventif, environ 25 % à 35 % des enfants nés d'une mère atteinte par le VIH sont contaminés, avant ou pendant l'accouchement, ou par l'intermédiaire du lait maternel.

Par ailleurs, dans les pays en développement, un nombre non négligeable de contaminations est lié à l'absence de prévention lors de transfusions sanguines ou à la non utilisation de matériel à usage unique.

Le développement de l'épidémie

Bien que presque tous les pays soient atteints par le VIH, celui-ci se propage de manière différente selon les régions du monde. Au sein d'un même pays, les caractéristiques de propagation varient aussi de manière importante selon les communautés et les zones géographiques.

Afrique subsaharienne

L'épicentre mondial de l'épidémie d'infection par le VIH se situe toujours en Afrique subsaharienne. Depuis le début de l'épidémie, 34 millions d'Africains ont été infectés et 12 millions sont déjà décédés. En 1998, la région a enregistré 4 millions d'infections nouvelles et un nombre croissant de décès dus au sida. L'Afrique australe reste la zone la plus éprouvée et les taux d'infection ont continué à grimper en flèche en 1998. Quatre pays estiment désormais qu'entre 20 à 26 % des adultes vivent aujourd'hui avec le VIH. En revanche, un certain nombre de pays d'Afrique de l'Ouest restent relativement moins touchés, en partie grâce aux efforts précoces et soutenus de prévention.

Enfants et VIH

Les problèmes rencontrés par les enfants dont la mère, voire les deux parents, sont atteints par le VIH, commencent bien avant le décès des parents. Ils sont malheureusement aggravés lorsque les enfants sont eux-mêmes contaminés.

Asie

L'épidémie est apparue plus récemment en Asie qu'en Afrique et seul un petit nombre de pays de la région a mis en place un système de surveillance. En Asie du Sud et du Sud-Est, l'épidémie se développe de façon explosive dans plusieurs régions, notamment en Inde, au Cambodge, au Vietnam et au Myanmar. En Thaïlande, grâce aux efforts soutenus de prévention, on observe une diminution des nouvelles infections. En Chine, en 1996, le gouvernement estimait à 200 000 le nombre de personnes atteintes. Selon de nouvelles estimations, leur nombre aurait déjà doublé fin 1997.

Quelques lieux d'espoir

Malgré une situation très grave en Afrique subsaharienne, certaines zones restent moins touchées (Bénin, Cameroun, Gabon, Sénégal). Les études menées dans ces régions contribueront à mettre en œuvre, ailleurs, des activités de prévention plus efficaces.

D'autres études montrent que la prévention et le traitement des MST réduisent fortement le risque de transmission du VIH, de même que les campagnes de prévention auprès des usagers de drogue injectable.

Des diminutions du nombre de personnes contaminées ont été constatées parmi certaines populations de pays très touchés (femmes enceintes en Ouganda, appelés du contingent en Thaïlande...).

Amérique latine et Caraïbes

En Amérique latine et aux Caraïbes, l'épidémie touche principalement des populations marginalisées et se diffuse de plus en plus parmi les couches les plus pauvres et les moins alphabétisées de la population, ainsi que chez les femmes, notamment au Brésil, au Mexique et en Haïti.

Pays industrialisés

Le fossé croissant entre les pays développés et ceux en voie de développement ne concerne pas seulement l'ampleur de la propagation du VIH mais également la mortalité due au sida.

Aux États-Unis, la première diminution des nouveaux cas de sida a été enregistrée en 1996. Néanmoins, l'épidémie poursuit sa progression dans certaines communautés minoritaires. En Australie et en Nouvelle-Zélande, l'épidémie semble stabilisée.

En 1998, le sida se situe parmi les cinq premières causes de mortalité dans le monde. La tuberculose, qui se situe au deuxième rang des maladies infectieuses les plus meurtrières, progresse elle aussi, en grande partie à cause de l'épidémie d'infection par le VIH.

La situation européenne

L'épidémie en Europe est actuellement à un tournant de son histoire avec des tendances opposées à l'ouest et à l'est. En Europe occidentale, région où l'épidémie est plus ancienne, le nombre de cas de sida a diminué de 30 % en 1997 par rapport à 1995, mais de nouveaux foyers sont apparus notamment en Europe de l'Est.

Europe de l'Est

En Europe de l'Est, l'épidémie se propage dans plusieurs pays, principalement parmi les usagers de drogue par voie intraveineuse. En Ukraine, 70 % des personnes atteintes au cours des trois dernières années sont des usagers de drogue. En Russie, les responsables estiment que parmi les 350 000 usagers de drogue habituels, un grand nombre d'entre eux partage le même matériel d'injection.

Par ailleurs, la forte hausse des cas de maladies sexuellement transmissibles fait craindre une importante propagation de l'épidémie par voie sexuelle.

Répartition par pays

Au 30 juin 1998, depuis le début de l'épidémie, 212 138 cas de sida ont été rapportés à l'OMS par 48 des 51 pays de la région Europe (la région Europe de l'OMS est plus vaste que l'Europe géographique).

Plus de 90 % des cas ont été diagnostiqués en Europe occidentale ; et les deux tiers des cas ont été déclarés dans trois pays : l'Espagne (51 284 cas), la France (48 453 cas) et l'Italie (42 122 cas).

En 1996, pour la première fois, le nombre de cas déclarés dans l'année avait globalement diminué par rapport à l'année précédente. Cette diminution s'est accentuée au cours de l'année 1997. Le nombre annuel de décès déclarés chez des personnes ayant le sida a aussi continué de baisser.



Pays	Cas cumulés	Taux par million d'habitants (1997)	Couleur
------	----------------	--	---------

Albanie	11	0,6	vert clair
Allemagne	17 490	10,9	vert foncé
Arménie	13	ND*	blanc
Autriche	1 826	11,6	vert foncé
Azerbaïdjan	10	0,4	vert clair
Belarus	18	0,2	vert clair
Belgique	2 474	14,0	vert foncé
Bosnie	ND*	ND*	blanc
Bulgarie	55	0,9	vert clair
Croatie	129	3,7	vert clair
Danemark	2 138	20,9	orange clair
Espagne	51 284	119,7	orange foncé
Estonie	19	2,0	vert clair
Finlande	278	3,6	vert clair
France	48 453	38,2	orange clair
Géorgie	22	0,9	vert clair
Grèce	1 811	17,0	vert foncé
Hongrie	297	3,1	vert clair
Irlande	647	10,4	vert foncé
Islande	45	3,6	vert clair
Israël	480	5,7	vert foncé
Italie	42 122	59,1	orange
Kazakhstan	14	0,3	vert clair
Kirghizistan	0	0,0	vert clair
Lettonie	23	1,2	vert clair
Lituanie	15	0,8	vert clair
Luxembourg	131	24,9	orange clair
Macédoine	26	0,0	vert clair
Malte	46	5,4	vert foncé
Moldova	19	2,2	vert clair
Monaco	40	31,3	orange clair
Norvège	611	8,2	vert foncé
Ouzbékistan	5	0,0	vert clair
Pays-Bas	4 846	21,9	orange clair
Pologne	657	2,9	vert clair
Portugal	5 133	84,6	orange
Rép. Tchèque	114	2,0	vert clair
Roumanie	5 407	26,7	orange clair
Royaume-Uni	15 572	19,4	vert foncé
Russie	331	0,4	vert clair
Saint-Marin	9	192,3	orange foncé
Slovaquie	19	0,9	vert clair
Slovénie	71	1,0	vert clair
Suède	1 586	8,2	vert foncé
Suisse	6 334	53,0	orange
Tadjikistan	0	0,0	vert clair
Turquie	272	0,5	vert clair
Ukraine	535	3,8	vert clair
Yougoslavie	713	6,0	vert foncé

Total : 212 138 cas

* ND = données non disponibles.

L'amélioration du dispositif

Jusqu'à présent, la surveillance du sida a été le principal outil épidémiologique utilisé pour suivre l'épidémie en Europe. Cependant, elle reflète de moins en moins bien l'ampleur de l'épidémie car les nouveaux traitements retardent significativement l'apparition du sida. Les responsables nationaux européens ont recommandé en février 1998 que soit mis en place, parallèlement, un système de surveillance fondé sur la déclaration de la séropositivité. Ce dispositif existe déjà dans 37 pays de la région Europe de l'OMS et est en cours de discussion dans d'autres pays.

Les chiffres en France

En 1995, pour la première fois depuis le début de l'épidémie, le nombre de nouveaux cas de sida déclarés ainsi que le nombre de décès dus au sida ont diminué par rapport aux années précédentes. Depuis, un important ralentissement de la progression de la maladie vers le stade sida a été constaté.

Le dispositif de surveillance

Le système national de surveillance de l'épidémie a été mis en place en 1982. Un certain nombre de maladies contagieuses ainsi que les décès qui leur sont dus font l'objet d'une déclaration obligatoire à l'autorité sanitaire (art. L.12 du Code de la santé publique). Le sida est devenu une maladie à déclaration obligatoire en 1986 (décret du 10 juin 1986). Un médecin est donc tenu de déclarer tout nouveau cas de sida dans sa clientèle.

Cette déclaration n'est pas nominative ; elle est établie sur un formulaire par le médecin traitant, qui l'envoie à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS). Elle est ensuite transmise au réseau national de santé publique (RNSP), qui enregistre toutes les données sur les cas de sida en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-mer (DOM).

Chaque semestre, le BEH (*Bulletin épidémiologique hebdomadaire*), édité par le ministère de la Santé, fait état de la situation du sida en France. Les

chiffres présentés ici sont extraits du n° 37/1998 (15 septembre 1998).

Présentation des données

La France métropolitaine et les DOM sont gravement touchés par l'épidémie. Au 30 juin 1998, 48 453 cas de sida ont été enregistrés depuis le début de l'épidémie (39 336 hommes, 8 394 femmes et 723 enfants de moins de 15 ans) ; le nombre de personnes vivantes atteintes de sida est estimé entre 19 500 et 21 500.

Les cas de sida ainsi que les décès sont déclarés avec un certain délai dont il est tenu compte en corrigeant (ou " redressant ") les données des années récentes à l'aide d'un modèle mathématique. Ce redressement des données par rapport à ces délais a permis d'estimer à 49 097 le nombre de cas cumulés au 30 juin 1998.

Depuis le début de l'épidémie, 29 772 décès dus au sida ont été enregistrés (soit 61,4 % des cas déclarés). Durant l'année 1997, 1 033 décès ont été enregistrés, soit une diminution de 36,6 % par rapport à l'année 1996.

Le nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués au cours du premier trimestre 1998 est estimé à 1 100 et le nombre de décès de personnes atteintes de sida à 400. La diminution des décès dus au sida est encore plus importante que la diminution du nombre de nouveaux cas de sida. C'est pourquoi le nombre de personnes vivantes ayant développé un sida continue d'augmenter.

Le regroupement des cas par région est fait selon le domicile du patient. Les taux de sida par million d'habitants sont établis à partir des données de population issues des estimations de 1995 ; les taux annuels font référence à l'année de recueil et non à l'année de diagnostic.

Enfin, la dernière estimation, datant de fin 1995, faisant état du nombre de personnes vivantes atteintes par le VIH en France était d'environ 110 000 personnes (*BEH* n° 47/1996).

Nouveaux cas de sida recensés en France
chaque année
(histogramme)

Période de déclaration	Nombre de nouveaux cas
1987	2 246
1988	3 048
1989	3 802
1990	4 313
1991	4 649
1992	5 178
1993	5 504
1994	5 723
1995	5 238
1996	3 934*
1997	2 262*

* Nombre redressé par rapport au délai de déclaration.

Sources : BEH n°s 37/1998 - 37-38/1997 - 11/1997 - 10/1996.

Cas de sida déclarés en France depuis le début de l'épidémie
(au 30 juin 1998)
(carte)

Taux/million d'habitants en 1997

- 10 à 20 ■ vert clair
- 20 à 50 ■ vert foncé
- 50 à 90 ■ orange clair
- 90 à 140 ■ orange
- plus de 350 ■ orange foncé

Régions	Cas de sida cumulés	Taux/million d'habitant en 1997	Couleur
Alsace	512	15,4	vert clair
Aquitaine	2 265	48,1	vert foncé
Auvergne	415	18,2	vert clair
Bourgogne	498	13,5	vert clair
Bretagne	872	22,8	vert foncé
Centre	812	27,1	vert foncé
Champagne-Ardenne	399	16,3	vert clair
Corse	229	42,4	vert foncé
Franche-Comté	271	10,8	vert clair
Ile-de-France	22 274	115,3	orange
Languedoc-Roussillon	1 618	42,8	vert foncé
Limousin	286	37,6	vert foncé
Lorraine	580	13,0	vert clair
Midi-Pyrénées	1 623	40,9	vert foncé
Nord-Pas-de-Calais	775	12,8	vert clair
Basse-Normandie	489	16,3	vert clair
Haute-Normandie	616	36,0	vert foncé
Pays de la Loire	1 005	14,7	vert clair
Picardie	493	20,5	vert foncé
Poitou-Charentes	619	21,6	vert foncé
Provence-Alpes-Côte d'Azur	6 312	63,0	orangeclair
Rhône-Alpes	2 567	30,3	vert foncé
Guadeloupe	809	139,1	orange
Martinique	443	91,1	orange
Guyane	662	363,0	orangefoncé
Réunion	202	30,6	vert foncé

Total : 48 453 cas*

* dont 774 domiciliés à l'étranger et 33 dont le domicile est inconnu.

Sources : BEH n°s 37/1998 – 9/1998.

Répartition par âge et par sexe

L'âge est celui enregistré au moment du diagnostic de sida. La distinction entre les cas adultes et les cas pédiatriques est fondée sur l'âge : les sujets de 15 ans ou plus, au moment du diagnostic, sont considérés comme des adultes. Une sous-déclaration des cas pédiatriques a été constatée, l'interprétation des données doit donc être faite avec prudence.

**Répartition par âge au moment du diagnostic
(cas diagnostiqués entre le 01/07/97 et le 30/06/98*)
(pyramide)**

Age	Nombre de cas (%)
= 70	25 (1,7 %)
60-69	58 (4,0 %)
50-59	185 (12,8 %)
40-49	382 (26,4 %)
30-39	626 (43,2 %)
20-29	167 (11,5 %)
15-19	4 (0,3 %)
0-14	3 (0,2 %)

* Données provisoires.

Source : BEH n° 37/1998.

**Répartition des nouveaux cas de sida
entre le 01/07/97 et le 30/06/98***

(camembert)

Hommes	77,8 %
Femmes	22,0 %
Enfants	0,2 %

* Données provisoires.

Source : BEH n° 37/1998.

Répartition par modes de transmission

En 1997, pour la première fois, le nombre de nouveaux cas de sida diagnostiqués parmi les personnes hétérosexuelles a dépassé celui des personnes homosexuelles. Durant le premier semestre 1998, le nombre de personnes contaminées par voie hétérosexuelle représentait 35 % des cas, celui des personnes contaminées par des pratiques homosexuelles ou bisexuelles 29 %. Les usagers de drogue injectable représentent 21 % des cas.

(deux camemberts)

	Cas cumulés depuis 1978	Cas diagnostiqués au cours du 1 ^{er} semestre 1998*
Homo-bisexuels	44,7 %	29,1 %
Homo-bisexuels usagers de drogue	1,2 %	0,6 %
Usagers de drogue injectable	23,4 %	21,4 %
Hétérosexuels	19,3 %	35,2 %
Transfusés	3,7 %	0,6 %
Hémophiles	1,2 %	0,8 %
Transmission materno-fœtale	1,2 %	0,0 %
Non documenté	5,3 %	12,4 %

* Données provisoires

Source : BEH n° 37/1998.

Connaissance de la séropositivité au moment du diagnostic

La proportion de personnes ne connaissant pas leur séropositivité avant le diagnostic de sida varie selon le groupe de transmission. Au second trimestre 1997, cette proportion qui atteignait 45 % de l'ensemble des personnes concernées, se répartissait de la façon suivante :

- 56 % pour les personnes hétérosexuelles ;
- 45 % pour les personnes homosexuelles ou bisexuelles ;
- 20 % pour les usagers de drogue injectable.

La lutte contre l'épidémie

Lutter contre le sida implique une démarche de solidarité et de responsabilité. Les enjeux dépassent largement le problème strictement médical. Ils nécessitent de la part des responsables politiques et des acteurs sanitaires et sociaux une préoccupation constante du vécu des personnes atteintes et des conséquences de la maladie sur les individus et sur leur entourage.

L'historique

En France, le dispositif de lutte contre l'épidémie s'est adapté progressivement. Ce sont les associations qui ont élaboré les premières réponses. Puis les pouvoirs publics ont témoigné de leur volonté de faire de la lutte contre l'infection par le VIH une priorité de santé publique.

La mobilisation des associations

Dès 1982 aux États-Unis et depuis 1983 en France, les associations de lutte contre le sida ont mis en place de nombreux programmes de prévention, d'information, d'accompagnement, d'aide aux malades, parfois même de soins ou de recherche. Elles ont agi dans un premier temps avec le soutien financier de donateurs privés, puis grâce à celui des pouvoirs publics.

Historiquement, la mobilisation du milieu homosexuel a été très importante, tant sur le plan de la solidarité avec les personnes atteintes que sur le plan de la prévention et de l'information du grand public.

Les premières mesures

- 1985 : obligation du dépistage sur tous les dons de sang.
- 1986 : déclaration obligatoire des cas de sida.
- 1987 : autorisation de la publicité sur les préservatifs comme moyen de prévention des MST.
- Première campagne nationale de communication sur le sida.
- Vente libre des seringues en pharmacie.
- 1988 : création des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Le rapport Got

En 1989, suite à la remise du rapport du Pr Claude Got au gouvernement, les pouvoirs publics mettent en place un dispositif spécifique de lutte contre l'épidémie. Il renforce les services chargés du sida dont ont été dotées deux directions du ministère de la Santé : la Division sida de la Direction générale de la santé (DGS) et la Mission sida de la Direction des hôpitaux (DH).

Trois structures voient le jour : l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS) ; l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) ; le Conseil national du sida (CNS).

Le rapport Montagnier

En 1993, suite à la remise du rapport du professeur Luc Montagnier, une nouvelle étape est franchie dans la politique publique de lutte contre l'infection par le VIH. Il s'agit tout d'abord d'un renforcement du rôle de l'État dans la lutte contre l'épidémie.

Celui-ci se traduit par trois grandes décisions :

- la suppression de l'AFLS dont les missions sont désormais intégrées à celles de la Division sida de la Direction générale de la santé (DGS) ;
- la déconcentration de la politique de lutte contre le sida, qui s'appuiera sur les services déconcentrés pour coordonner les programmes départementaux :
- la création d'un comité interministériel de lutte contre le sida chargé de définir l'orientation générale de la politique de lutte contre le sida.

Le “ groupe Dormont ”

À partir de 1990, le ministère chargé de la Santé met en place un groupe d'experts, sous la direction du professeur Jean Dormont, chargé de suivre l'actualité thérapeutique et de proposer régulièrement des recommandations sur la prise en charge des personnes atteintes. Plusieurs rapports ont déjà été publiés (en 1990, 1993, 1996, 1997, 1998).

Les structures associatives

Les associations de lutte contre le sida sont reconnues pour le rôle important qu'elles jouent dans la lutte contre le sida.

Des initiatives innovantes

Les associations développent souvent des initiatives innovantes dans le domaine de la santé publique et de la solidarité. Elles s'appuient sur une connaissance précise de l'infection par le VIH, des réalités de la vie quotidienne des personnes atteintes, de la vie locale, des autres associations et des institutions.

Les associations développent des actions de terrain à partir d'approches diverses. Elles cherchent à promouvoir des démarches de proximité, notamment auprès des personnes en situation de précarité, de marginalité, d'exclusion.

Les associations sont aussi à l'initiative de réflexions sur les besoins des personnes atteintes. Ces dernières années, elles sont intervenues sur les problèmes de logement, d'accès aux traitements et d'accès à la prévention.

Beaucoup d'entre elles reçoivent des subventions publiques, mais les associations font aussi appel à la générosité des donateurs privés notamment pour répondre à des situations d'urgence.

Ensemble contre le sida

En 1992, pour l'émission de télévision " Sida Urgence " diffusée sur Antenne 2, puis en 1994 et 1996 pour l'opération " Sidaction " s'appuyant sur une émission diffusée simultanément par toutes les chaînes de télévision française " Tous contre le sida ", les associations ont travaillé ensemble, puis avec les chercheurs, et ont créé en 1994 une structure commune : Ensemble contre le sida (ECS). L'association ECS est destinée à collecter et à redistribuer les dons privés collectés à l'occasion de ces émissions. Ces sommes sont entièrement consacrées à la recherche, à l'aide aux malades, à la prévention, à l'information.

L'information et la prévention

Depuis le début de l'épidémie, de très nombreuses actions d'information et de prévention ont été réalisées par les associations de lutte contre le sida : information en milieu scolaire, auprès de populations particulièrement exposées au VIH, en entreprises, distribution de préservatifs, de matériel d'injection à usage unique, etc.

L'accueil des personnes atteintes

Apprendre sa séropositivité est un choc psychologique. L'exclusion familiale, affective ou dans le milieu professionnel est encore une réalité. Il est essentiel d'accueillir et d'écouter les personnes atteintes par le VIH afin de rompre leur isolement et de leur proposer une aide et un soutien psychologique.

La défense des droits des personnes

Les associations ont mis en place un travail de suivi social important et ont développé les démarches d'accès au logement social pour les personnes les plus démunies. Elles ont un rôle de médiateur entre les personnes atteintes et le réseau sanitaire et social.

Les progrès thérapeutiques améliorent l'état de santé des personnes atteintes, mais les traitements sont lourds et il faut maintenir les dispositifs d'aide à domicile et d'hébergement thérapeutique. De plus, il faut maintenant développer l'insertion ou la réinsertion sociale des personnes qui ont vu leur état de santé s'améliorer depuis l'arrivée des multithérapies.

L'information sur les traitements

La recherche médicale a permis de mettre au point des traitements pour lutter contre l'infection. Plusieurs associations de lutte contre le sida participent activement à la circulation régulière de l'information sur ces traitements et sur les essais thérapeutiques menés en France dans ce domaine. Elles militent aussi pour l'accélération de la mise à disposition des nouveaux médicaments.

L'action des volontaires et bénévoles

Les interventions des bénévoles sont variées : accompagnement et soutien des personnes atteintes, séances d'information, secrétariat, gestion des associations (par l'intermédiaire du conseil d'administration).

Grâce à la participation des volontaires ou des bénévoles, les associations développent des actions de proximité, notamment les visites à domicile, à l'hôpital ou en prison, qui sont souvent des contributions importantes pour

faire progresser une situation ou pour accompagner une période de détresse.

Les structures institutionnelles spécifiques

Dès 1987, les pouvoirs publics ont créé des structures administratives spécifiques pour lutter contre l'épidémie. L'importance de l'engagement associatif, ainsi que l'implication de nombreux acteurs, nécessitent une coordination efficace tant au sein des services de l'État que pour l'ensemble des organisations publiques et privées, nationales et locales.

La Division sida

La Division sida, créée en 1987, fait partie de la Direction générale de la santé. Elle est chargée de la définition et des modalités de mise en œuvre de la politique de lutte contre l'infection par le VIH.

La Division sida veille à la qualité de la surveillance épidémiologique. Elle assure le suivi de la recherche biomédicale et sociale ainsi que la mise en place des stratégies thérapeutiques. Elle est également responsable de l'organisation de la prise en charge extra-hospitalière, du dépistage, de la prévention, de l'information du grand public et du financement des actions conduites par les associations dans ces domaines.

La Division sida s'appuie sur le réseau des Directions départementales de l'action sanitaire et sociale (DDASS). Depuis 1995, une cinquantaine de chargés de mission sida, placés sous l'autorité des directeurs régionaux et départementaux des affaires sanitaires et sociales, sont répartis sur tout le territoire au sein des services départementaux et régionaux de l'État. Avec les différents partenaires locaux engagés dans la lutte contre le VIH, ils définissent les priorités en fonction de la situation épidémiologique et sociale locale et assurent la coordination des programmes départementaux. Le champ de compétence des chargés de mission sida a été récemment élargi à la prévention et à la prise en charge d'autres maladies transmissibles, à la toxicomanie et à la santé des populations vulnérables.

La Mission sida

La Mission sida, créée en 1987 par la Direction des hôpitaux, coordonne les soins hospitaliers destinés aux patients atteints par le VIH. Elle prépare

et contrôle le budget hospitalier spécifiquement affecté à la lutte contre le VIH.

La Mission sida anime un réseau de trente centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) qui fédère la grande majorité des hôpitaux ayant une activité dans le domaine du VIH. Elle gère également le dispositif national de collecte d'informations relatives à la prise en charge médicale et économique des patients hospitalisés atteints par le VIH.

La Mission sida assure aussi la diffusion et la mise en œuvre des protocoles et modes de soins appropriés dans le cadre de l'infection par le VIH, en s'appuyant sur les recommandations du groupe d'experts présidé par le Pr Jean Dormont. C'est la Mission sida qui organise la diffusion des nouveaux traitements au sein des hôpitaux.

L'Agence nationale de recherches sur le sida

L'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS), créée en 1989, groupement d'intérêt public depuis 1992, est un organisme autonome qui a pour mission de susciter, de développer, de coordonner et de financer les travaux de recherche sur l'infection par le VIH.

Elle intervient aussi bien dans les domaines de la recherche biologique (virologie, biologie moléculaire, immunologie et biologie cellulaire), la recherche vaccinale, la recherche clinique notamment au travers des essais thérapeutiques, la recherche épidémiologique et les recherches en sciences de l'homme et de la société.

En collaboration avec le ministère de la Coopération, l'ANRS développe également un programme de recherche concernant l'Afrique qui est actuellement élargi au sud-est asiatique.

L'ANRS organise des rencontres régulières avec les différents acteurs de la lutte contre l'infection par le VIH, représentants associatifs et institutionnels.

Le Conseil national du sida

Le Conseil national du sida (CNS), créé en 1989, a pour mission de donner son avis sur l'ensemble des problèmes posés à la société par l'infection par le VIH et de présenter aux pouvoirs publics des recommandations et des propositions.

Le président du CNS est nommé par le président de la République et ses vingt-deux membres sont nommés par différentes instances nationales, ce qui en assure l'indépendance et la diversité intellectuelle et philosophique.

Le CNS a notamment émis des avis sur la protection des personnes malades et handicapées contre les discriminations, l'indemnisation des hémophiles et transfusés contaminés par le VIH, le test de dépistage, le désir d'enfant chez les couples atteints par le VIH et il a réagi sur certaines prises de position des médias. Ces dernières années, le CNS a centré ses travaux sur la lutte contre l'exclusion : exclusion des soins des personnes étrangères, exclusion des femmes des essais thérapeutiques, exclusion de la prévention des habitants des départements français d'Amérique ou encore exclusion des personnes atteintes de certains contrats d'assurance.

Le Comité interministériel de lutte contre le sida (CILS)

Parce que le sida n'est pas seulement un problème de santé publique mais également un problème de société, la quasi-totalité des départements ministériels ont un rôle à jouer dans la lutte contre l'épidémie. Début 1994, un Comité interministériel de lutte contre le sida (CILS) a été institué. Il a pour première mission d'assurer la cohérence politique de la lutte contre le sida sous tous ses aspects, notamment en matière de prévention. Dans cette perspective, un comité des directeurs des administrations centrales se réunit tous les deux mois. Le Directeur général de la santé, délégué interministériel, anime le CILS.

Plusieurs groupes de travail ont contribué à la réflexion sur différents sujets comme l'éducation à la sexualité, la problématique de l'épidémie dans les départements d'outre-mer, la question du VIH en milieu professionnel ou la spécificité de la prévention en milieu carcéral.

Les orientations stratégiques

L'expérience de la prise en charge de l'infection par le VIH a montré que le dialogue et le respect des droits individuels sont les conditions d'efficacité des actions de prévention. Les individus adoptent d'autant plus des comportements de prévention qu'ils se sentent concernés et responsables. Dans ce sens, la protection des droits de la personne est indissociable de la défense des intérêts collectifs.

La prévention

La prévention reste au cœur de la lutte contre l'infection par le VIH. Elle repose sur la complémentarité entre des actions incitatives, engageant à la réduction des risques par la modification des comportements individuels et collectifs, et sur des mesures administratives comme, par exemple, la vente libre des seringues en pharmacie, l'équipement des lieux publics en distributeurs de préservatifs, l'implantation de consultations de dépistage anonyme et gratuit dans chaque département (CDAG).

La prévention vise à éviter les contaminations (prévention primaire), à en réduire les conséquences par une prise en charge médicale psychologique et sociale adaptée (prévention secondaire) et, enfin, à en traiter les effets tels que l'exclusion et la discrimination pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes (prévention tertiaire).

L'ensemble de la population, à travers ses diverses composantes, doit être informé sur l'infection par le VIH et sur les moyens de la prévenir afin de s'en prémunir et de se montrer solidaire des personnes atteintes. Une bonne information contribue à éviter les craintes injustifiées et à responsabiliser les personnes. En France, les organismes d'État ont choisi, comme axes principaux pour les campagnes publiques, le développement de la solidarité avec les personnes atteintes et la promotion de l'usage du préservatif.

La prévention ne peut cependant se limiter à l'information sur les modes de contamination. Une prise en charge trop tardive ou insuffisante, ou encore une négligence des facteurs d'exclusion ou d'isolement sont autant de risques à prévenir. La prévention de l'infection par le VIH et de ses conséquences impose donc d'identifier les contextes spécifiques dans lesquels peuvent apparaître des situations à risque.

Les acteurs de la prévention sont donc autant le " grand public " que les médias, les personnes atteintes par le VIH et leur entourage, les professionnels de la santé et du travail social, les éducateurs, les enseignants, les décideurs administratifs et politiques. La prévention repose sur la participation active du plus grand nombre.

Éviter de nouvelles contaminations

La population dans son ensemble paraît aujourd’hui relativement bien informée sur l’infection par le VIH et ses modes de transmission. L’adoption et le maintien de comportements individuels de prévention doivent cependant être soutenus par une information régulière.

La lutte pour éviter de nouvelles contaminations consiste notamment à encourager les démarches individuelles qui facilitent la prise de conscience des risques et des moyens pour les réduire. Cette prise de conscience permet de maintenir des pratiques de protection sur le long terme, en particulier lorsqu’il s’agit de personnes dont les itinéraires sociaux et individuels peuvent conduire à un relâchement de l’attitude préventive (personnes en situation de précarité, personnes migrantes...).

La prévention de l’infection par le VIH ne peut être dissociée de la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST). Elle doit également prendre en compte l’ensemble des problématiques du champ de la sexualité.

Identifier les contextes d’abandon de l’attitude préventive, les situations de relâchement des pratiques habituelles de protection, mettre à disposition du public des moyens de prévention, sont autant de préoccupations qui doivent guider l’action des acteurs sanitaires et sociaux.

Les populations “ cibles ”

Certaines personnes ont cependant un accès insuffisant à l’information pour des raisons diverses tant psychologiques, sociales que culturelles. Il incombe aux acteurs de prévention d’agir auprès de ces publics particulièrement vulnérables afin de favoriser leur accès durable à la prévention par la mise en place d’actions de proximité.

Ces actions concernent notamment les usagers de drogue, les milieux de la prostitution, les milieux homosexuels, les personnes migrante. Les actions de prévention en direction de ces populations doivent lutter contre toutes les formes d’exclusion afin d’éviter la stigmatisation et la marginalisation dont peuvent être victimes les personnes atteintes par le VIH. Pour être efficaces et ne pas induire la perception d’une “ désignation ”, ces actions doivent s’insérer autant que possible dans des programmes plus généraux

d'accès à la santé et la participation des publics concernés doit être favorisée.

La prévention en direction des hommes qui ont des relations avec d'autres hommes (qu'ils se revendiquent ou non comme homosexuels) est mise en œuvre à travers trois dimensions :

- les actions de proximité sont menées avec les associations de lutte contre le sida, les associations homosexuelles et les établissements gais, mais aussi avec certaines associations familiales et des structures sociales plus généralistes ;
- les actions de communication et d'information s'appuient sur les médias, ciblés et grand public, afin d'atteindre, par des messages adaptés, l'ensemble des personnes concernées ;
- une attention particulière est apportée à la reconnaissance des personnes homosexuelles dans la société, condition indispensable à une meilleure appropriation de la prévention par celles-ci.

Des actions adaptées sont également menées en direction du public des hétérosexuels multipartenaires, en particulier par la promotion de l'image et de l'usage du préservatif en milieu échangiste et dans le secteur de la production de films pornographiques.

Pour les usagers de drogue par voie intraveineuse, les pouvoirs publics soutiennent des programmes d'échanges de seringues et d'implantation de distributeurs automatiques. Un soutien est également apporté à des structures d'accueil spécifiques, les "boutiques", où les usagers de drogues peuvent trouver, outre du matériel d'injection, une réponse à des besoins élémentaires comme l'hygiène et où ils bénéficient aussi d'une écoute et de conseils. La mobilisation des pharmaciens d'officine est également un axe important de la politique de réduction des risques.

Des actions de communication nationale et locale sont mises en œuvre afin de sensibiliser et de responsabiliser les usagers de drogues sur l'injection à moindre risque. D'autres actions visent à expliquer la politique de réduction des risques aux élus locaux et à la population générale, afin d'en favoriser l'acceptation.

L'accès aux soins

L'évolution des connaissances scientifiques et des traitements disponibles incite à une prise en charge médicale la plus précoce possible. Elle permet

de ralentir l'évolution de l'infection, d'éviter certaines maladies opportunistes, contribuant ainsi à améliorer ou à maintenir l'état de santé.

Cependant, des conditions de vie trop précaires sont un obstacle à une prise en charge médicale de qualité. La vulnérabilité tant psychologique que sociale de certaines personnes ne doit pas induire ou renforcer les inégalités d'accès aux soins. Au besoin, un accompagnement psychosocial peut aider à la mise en place des conditions nécessaires au traitement et à la prévention. L'accès aux soins ne peut être dissocié de la prise en compte du statut social des personnes.

La prise en charge comprend le suivi et l'accompagnement des personnes atteintes, la prescription et l'observance des traitements. Plus généralement, il s'agit de l'ensemble des mesures individuelles ou collectives adoptées en réponse à l'épidémie, qu'elles soient médicales, sociales, administratives, juridiques, économiques ou politiques.

La précarisation

La maladie peut entraîner une précarisation chez des personnes ayant eu jusque-là des conditions de vie satisfaisantes. À cause des obstacles à l'accès à la prévention et aux soins, le risque d'être contaminé par le VIH est plus élevé chez les personnes en situation de précarité sociale : usagers de drogue, personnes démunies sans couverture sociale, personnes pratiquant la prostitution, prisonniers, étrangers en situation irrégulière...

Les personnes démunies et atteintes par le VIH se trouvent, pour la plupart, confrontées à une triple souffrance – physique, psychologique et sociale –, souvent aggravée par la rupture des liens sociaux avec l'environnement. Le sida accentue alors les disparités et les inégalités sociales.

La prévention et l'anticipation des problèmes sociaux sont essentielles. L'analyse de la précarité préexistante ou secondaire est une étape indispensable à l'amélioration de la prévention et des soins.

La formation des professionnels du secteur sanitaire et social

La formation doit aider les professionnels à faire face aux problèmes auxquels ils sont confrontés, au plus près de l'intérêt des personnes auprès desquelles ils travaillent.

Le processus de formation doit favoriser l'écoute, les échanges interdisciplinaires, les confrontations de points de vue ainsi que l'acquisition de connaissances scientifiques fondées et argumentées.

Les programmes de formation doivent prendre en compte trois principes :

- le volontariat, c'est-à-dire une démarche personnelle, une intention affirmée de se former ;
- la transversalité, qui permet une rencontre entre les professionnels du secteur sanitaire et social de différentes institutions exerçant des missions diverses ;
- la pluridisciplinarité, qui consiste à confronter les logiques et les pratiques de chacun face aux enjeux de santé publique.

Le défi de l'infection par le VIH

Depuis qu'elle a été identifiée en 1981, l'épidémie a suscité de multiples interprétations : châtiment divin, phénomène de société, fléau universel, révélateur social, enjeu politique, nouvel objet de recherche, cause d'exclusion... Des certitudes ont été bousculées, des experts contestés, des découvertes annoncées ; des amis sont morts ; des jeunes ont été contaminés. Dans le même temps, des générosités se sont exprimées, des alliances se sont formées, des découvertes ont été réalisées, des nouvelles compétences sont apparues et ont été reconnues.

La position des religions

Face à l'épidémie, les représentants des principales religions, notamment les chrétiens, les juifs, les musulmans et les bouddhistes, sont intervenus pour rappeler les devoirs d'assistance et de soutien envers les personnes atteintes. S'ils n'approuvent pas certains comportements ou pratiques, ils affirment cependant que l'on ne peut considérer cette épidémie comme un châtiment divin. Ils se sont par ailleurs ouverts à l'accueil des personnes concernées qui entreprennent une démarche spirituelle.

Enfin, la gravité de l'épidémie dans les pays en développement rend nécessaire une meilleure distribution des moyens sur le plan international. Cela leur permettrait de mieux faire face aux coûts sociaux et économiques de la maladie ainsi qu'à l'augmentation du nombre de cas de sida, afin d'éviter de compromettre les objectifs de développement.

Transmission et prévention

Depuis l'apparition des premiers cas de sida en 1981 et l'identification du virus en 1983, différentes études ont permis de comprendre les modes de transmission du VIH et les situations où il n'y a pas de risque de contamination.

La transmission du virus

Le VIH, virus responsable de la maladie, n'est transmissible que dans des circonstances précises. Il peut se transmettre par le sang, par les relations sexuelles non protégées ou d'une mère atteinte à l'enfant (au cours de la grossesse ou de l'accouchement et lors de l'allaitement maternel).

Connaître les risques

Pour pouvoir se protéger et protéger les autres, chacun doit connaître les modes de transmission du virus, de façon à tenir compte des risques liés à sa situation et à ses pratiques personnelles.

De nombreuses personnes ont une vie qui ne les expose pas au risque de contamination par le VIH, mais peuvent, à l'occasion de changements survenant dans leur existence se trouver dans des situations à risques. Il est donc nécessaire de connaître ces situations ainsi que les précautions qui permettent d'éviter les risques de transmission.

Aucun risque

Le VIH ne peut pas être transmis par l'air (comme le virus de la grippe), ni par les aliments (comme celui de l'hépatite A), ni par les piqûres d'insectes (comme celui de la fièvre jaune). Il n'y a donc aucun risque à être en contact ou à vivre avec les personnes atteintes par le virus si l'on respecte les règles d'hygiène ordinaires.

La présence du virus

Le virus est présent dans les liquides biologiques de l'organisme des personnes atteintes et notamment :

- le sang ;

- le sperme et le liquide séminal (qui s'écoule au début de l'érection) chez l'homme ;
- les sécrétions vaginales et le lait chez la femme.

Le virus peut se transmettre par ces liquides. Il faut cependant une quantité et une concentration de virus importantes pour qu'il y ait contamination.

Des particules virales ont été isolées dans la salive, les larmes et l'urine, mais en trop faible quantité pour représenter un risque de contamination.

Une porte d'entrée

Pour pénétrer dans l'organisme, le virus doit trouver une porte d'entrée :

- un contact avec une muqueuse (paroi qui tapisse le vagin, le rectum, la bouche, etc.), par exemple lors de rapports sexuels non protégés ;
- un contact direct avec une plaie, en cas de blessure avec un objet souillé de sang contaminé ;
- un passage direct dans le sang, notamment par une piqûre avec une seringue contaminée ou d'une mère atteinte à l'enfant pendant la grossesse.

Les gestes de la vie quotidienne (poignées de mains, caresses, baisers) ne permettent pas au virus de pénétrer dans l'organisme, de même que l'utilisation d'équipements publics (toilettes, douches, piscine) ou d'objets courants (verres, couverts, etc.).

En cas de risque important de contamination

Des études américaines et européennes ont montré que lorsqu'un soignant exposé accidentellement au VIH recevait des antirétroviraux dans les heures qui suivent la blessure, le risque de contamination était grandement réduit. Des recommandations précises existent, pour les professionnels, en cas d'accident comportant un risque d'exposition à du sang contaminé.

Une personne peut aussi se trouver exposée au virus suite à une rupture de préservatif au cours d'une relation sexuelle, une blessure accidentelle avec un objet souillé de sang, une absence de pratique de prévention lors d'une situation à risque (rapport sexuel sans préservatif, partage de seringue ou de matériel de préparation à l'occasion d'une injection de drogue).

Le plus tôt possible dans les 48 heures qui suivent ces situations à risque, la personne concernée doit sans hésiter se rendre dans une consultation de

dépistage ou aux urgences d'un hôpital. Un médecin examinera avec elle ce qu'il convient de faire, en fonction de l'importance du risque encouru. Selon les cas, il pourra proposer un traitement préventif d'une durée limitée afin d'essayer d'éviter une contamination ou engager une recherche de diagnostic précoce.

Transmission par les sécrétions sexuelles

Chez une personne atteinte d'infection par le VIH, le virus est présent en quantité suffisante dans les sécrétions sexuelles (sperme, liquide séminal, sécrétions vaginales) pour rendre possible une contamination.

Rapports sexuels non protégés

Il y a situation à risque de transmission du VIH chaque fois que des partenaires ont un rapport sexuel avec pénétration sans préservatif :

- lorsque l'un des partenaires est atteint par le VIH ;
- lorsque les partenaires n'ont pas la certitude qu'aucun d'eux n'est atteint par le VIH.

Les rapports sexuels avec pénétration anale ou vaginale sans préservatif sont le principal mode de transmission du virus. Un seul rapport sexuel avec une personne atteinte par le VIH est suffisant pour qu'une contamination ait lieu.

Le risque est encore plus grand :

- au cours du premier rapport sexuel ;
- lors des règles de la femme ;
- si l'un des partenaires est porteur d'une maladie sexuellement transmissible ;
- si le rapport s'accompagne de violence, ce qui peut provoquer des lésions, même invisibles.

Contacts de la bouche avec le sexe ou l'anus

En cas de contacts non protégés de la bouche avec le sexe masculin (fellation) ou féminin (cunnilingus) ou avec l'anus (anulingus) les risques de transmission du VIH sont beaucoup plus faibles que lors des pénétrations anales ou vaginales sans protection, mais ils ne sont pas nuls. Pour se protéger de ces risques, il faut en particulier éviter d'avoir du sperme dans la bouche.

Non protégés, les contacts bouche sexe sont également cause de contamination par d'autres maladies sexuellement transmissibles. Les contacts bouche-anus peuvent transmettre diverses maladies.

Le préservatif

Les préservatifs masculins sont une excellente protection contre la transmission du VIH et des maladies sexuellement transmissibles en général. Il existe différentes sortes de préservatifs, lubrifiés ou non, avec ou sans réservoir à l'extrémité, de textures, d'épaisseurs, de couleurs et de tailles différentes.

Il est important de vérifier que la date limite d'utilisation inscrite sur l'emballage des préservatifs n'est pas dépassée et que l'inscription " NF " (norme française) figure sur la boîte. Il faut éviter de conserver trop longtemps les préservatifs dans une poche ou un portefeuille (la chaleur et les pliures les endommagent).

Pour que l'utilisation du préservatif devienne plus rapidement familière, et donc plus facile, il peut être utile de s'entraîner d'abord seul à le poser.

Mode d'emploi du préservatif

- " Veiller à ne pas endommager le préservatif en ouvrant l'emballage (attention aux coups d'ongles, de dents, d'objets coupants qui pourraient le déchirer).
- " Le préservatif doit être placé sur le pénis en érection avant tout contact avec les organes génitaux, car une goutte de liquide séminal ou de sperme peut être libérée avant l'éjaculation.
- " Pincer avec les doigts le réservoir ou l'extrémité du préservatif pour en chasser l'air.
- " Dérouler le préservatif aussi loin que possible sur le sexe. Surtout, ne pas forcer en cas de résistance : le préservatif a peut-être été posé à l'envers. Le jeter et en prendre un autre.
- " Avant la fin de l'érection, se retirer juste après l'éjaculation en retenant le préservatif à la base du sexe.
- " Jeter le préservatif usagé à la poubelle après l'avoir noué.

Ne jamais réutiliser le préservatif. Pour chaque rapport, utiliser un nouveau préservatif.

Les préservatifs doivent être stockés dans un endroit frais et sec, à l'abri de la lumière directe et du soleil.

Vérifier toujours auprès d'un pharmacien que tous les produits (médicaments ou autres) susceptibles d'entrer en contact avec le préservatif sont compatibles avec le latex. Si la lubrification est insuffisante, utiliser un lubrifiant supplémentaire à base d'eau (appelé habituellement "gel") en l'appliquant sur le préservatif mis en place.

Ne pas utiliser comme lubrifiant des produits gras comme l'huile, le beurre, la vaseline, la crème pour le corps ou les produits solaires, car ils endommagent le latex. La lubrification par la salive n'est pas recommandée. Le lubrifiant est indispensable en cas de pénétration anale.

Les préservatifs sont disponibles en pharmacie, dans les grandes surfaces et dans des distributeurs automatiques.

Sauf s'il est utilisé aussi comme moyen de contraception, l'emploi du préservatif n'est pas nécessaire lors de relations sexuelles entre des partenaires qui ont la certitude absolue de n'être pas atteint par le VIH ni par une MST et qui n'ont aucune pratique à risque liée à un usage de drogue

par voie intraveineuse. Le risque de contamination subsiste si des rapports sexuels ont lieu sans protection avec d'autres partenaires.

Safer sex – Sexe à moindre risque

L'expression américaine " safer sex " et l'expression française " sexe à moindre risque " désignent les pratiques sexuelles qui limitent ou éliminent le risque de contamination par le VIH et par les autres maladies sexuellement transmissibles (syphilis, gonococcie, infections à chlamydia...).

On parle aussi de " sexe sans risque " (SSR) ou de " safe sex ".

Insémination artificielle

Si le donneur est atteint par le VIH, le virus reste présent dans le sperme même après congélation.

Dans les Cecos, centres où l'on recueille les dons de sperme, un test de dépistage est obligatoirement pratiqué sur le sang du donneur. Si le test est positif, le sperme n'est pas conservé. S'il est négatif, un deuxième test est pratiqué sur le donneur six mois après, afin d'être sûr qu'il n'était pas contaminé par le VIH au moment du don. Le sperme, qui a été préalablement congelé, n'est utilisé que si les deux tests sont négatifs. La sécurité lors d'insémination artificielle avec sperme de donneur est donc totale.

Transmission par le sang

Chez une personne atteinte par le VIH, le virus est présent en quantité importante dans le sang. La contamination peut avoir lieu par une piqûre avec une seringue ayant servi à une personne atteinte par le VIH ou encore à l'occasion d'une blessure, lors d'une pratique de soins, avec un objet souillé de sang contaminé.

Usage de drogue par voie intraveineuse

Le partage ainsi que la réutilisation de seringues contenant du sang infecté par le VIH représentent un risque majeur de contamination pour les usagers de drogue par voie intraveineuse. Le VHC (virus de l'hépatite C) et le VHB (virus de l'hépatite B) se transmettent également par le sang, tout en étant plus résistants que le VIH : une moindre concentration dans une

moindre quantité de sang suffit à la transmission de ces virus. Cela signifie que tout matériel partagé lors d'une injection (seringue, mais aussi eau de dilution de la drogue, filtre ou récipient de préparation) peut devenir un vecteur de contamination dès lors qu'il a été en contact avec du sang contaminé.

Face à l'ensemble de ces risques, le meilleur moyen de protection est le respect des règles d'hygiène de base (lavage systématique des mains avant et après l'injection) et l'utilisation systématique d'un matériel neuf pour chaque injection (vente libre de seringues et de trousse de prévention en pharmacie ; distribution gratuite par les associations menant des actions de prévention).

La désinfection d'une seringue usagée dans le but de la réutiliser ne doit être envisagée qu'en dernier recours et en l'absence de tout accès à du matériel d'injection stérile. Elle permet de réduire les risques de contamination mais pas de les éliminer totalement.

En cas d'impossibilité absolue de disposer d'une seringue neuve, le protocole de désinfection suivant est recommandé :

Lorsqu'une seringue est conservée après utilisation :

- laver abondamment la seringue avec de l'eau courante dès que possible après l'injection afin de la débarrasser de tout débris organique ;
- remplir et vider complètement deux fois la seringue.

Avant chaque utilisation de seringue usagée :

- laver abondamment la seringue avec de l'eau courante. Remplir et vider deux fois complètement la seringue ;
- remplir complètement la seringue avec de l'eau de Javel ; laisser agir au moins trente secondes ; vider la seringue et recommencer l'opération au moins une seconde fois afin d'avoir un temps d'exposition total d'au moins une minute. Utiliser de l'eau de Javel à 12° chl ou, mieux, de l'eau de Javel à 24° chl*. Vérifier la date de péremption de l'eau de Javel. Si elle n'a plus d'odeur, c'est qu'elle est périmée, elle ne doit pas être utilisée ;
- rincer complètement la seringue avec de l'eau courante au moins deux fois.

* Un berlingot d'eau de Javel de 250 ml contient du concentré ou de l'extrait de Javel à 48° chlorométriques. Pour obtenir de l'eau de Javel à 12° chlorométriques, il doit être dilué avec 750 ml d'eau, pour obtenir de l'eau de Javel à 24° chlorométriques, il doit être dilué avec 250 ml d'eau.

En France, le nombre des usagers de drogue par voie intraveineuse est estimé à au moins 150 000, parmi lesquels 30 à 40 % seraient atteints par le VIH. La libéralisation de l'accès aux seringues depuis 1987 et la prise de conscience des usagers a probablement permis de ralentir le rythme des contaminations. Cependant, la marginalisation extrême de nombreux usagers de drogue favorise les comportements à risque, d'autant plus que la consommation de certains produits (crack, cocaïne, médicaments psychotropes associés à l'alcool) provoque une baisse de la vigilance devant l'exposition au risque.

Les programmes de prévention du sida en direction des usagers de drogue par voie intraveineuse ont pour priorité :

- de développer l'accès aux seringues et au matériel stérile d'injection par un meilleur accueil dans les pharmacies et la mise en place de distributeurs et de lieux d'échange de seringues ;
- de développer les programmes de prise en charge avec distribution de produits de substitution à l'héroïne, notamment la méthadone ;
- d'améliorer l'accueil des usagers de drogue dans les hôpitaux (notamment au service des urgences et en médecine générale) ;
- de considérer les usagers de drogue comme des acteurs à part entière de la lutte contre le sida et de prendre en compte leurs problèmes sociaux.

Produits dérivés du sang

De nombreux hémophiles ont été contaminés avant que soient mises en application, en 1985, les règles de traitement par chauffage des produits sanguins dont ils ont besoin. Désormais ces produits, chauffés ou traités chimiquement, sont exempts de tout risque.

Les contaminations par transfusion sanguine ont eu lieu essentiellement jusqu'en 1985. Depuis août 1985, elles ont presque totalement disparu grâce :

- à un questionnaire et un entretien médical permettant d'éviter que des personnes ayant pu être récemment contaminées donnent leur sang ;

- à un dépistage obligatoire des anticorps anti-VIH pour tous les dons de sang ;
- à la limitation du recours à la transfusion ;
- au développement de l'autotransfusion : lorsque l'on prévoit une intervention pouvant nécessiter une transfusion, on prélève le propre sang de la personne malade, qui lui sera retransfusé en cas de besoin. Ceci n'est possible que si l'on dispose d'un délai de 35 jours avant l'intervention. Cependant un risque minime peut persister si un don de sang est réalisé dans les jours qui suivent une contamination.

Transplantation d'organes et de tissus

Si le donneur est contaminé, le VIH peut être présent dans les organes à transplanter.

Un dépistage est pratiqué pour chaque don d'organe. Ce test était systématique jusqu'en février 1992, date à laquelle il est devenu obligatoire par décret (n° 92-174 du 25 février 1992).

Transmission mère-enfant

Quand une femme est atteinte par le VIH, la grossesse, l'accouchement et l'allaitement maternel sont des situations qui comportent des risques de transmission du virus à l'enfant.

Infection par le VIH et désir d'enfant

Il est conseillé aux couples dont l'un des conjoints a pu être contaminé et qui souhaitent mettre un enfant au monde, de faire un test de dépistage. La décision de grossesse revient cependant au couple. Si l'un ou les deux conjoints sont atteints par le VIH, ils doivent être bien informés :

- des risques de transmission du virus ;
- des différentes solutions possibles (adoption, insémination artificielle avec donneur, insémination intraconjugale avec traitement du sperme) ;
- des possibilités de traitements préventifs ;
- des moyens de contraception.

Un test de dépistage du VIH est systématiquement proposé à toute femme enceinte.

Contraception

La séropositivité exposant les femmes à des risques particuliers, un suivi régulier par un gynécologue est nécessaire. Celui-ci conseillera utilement sur les modes de prévention de la transmission et sur la contraception la plus adaptée.

La femme et son partenaire se trouvent confrontés à un ensemble de risques qu'il faut évaluer, assumer et affronter dans l'incertitude : risque de transmission entre les deux partenaires, risque de contamination de l'enfant. Les femmes, les couples qui attendent un enfant peuvent bénéficier d'un accompagnement et d'un soutien, s'ils le souhaitent. Les conseils de l'entourage doivent tenir compte de la démarche personnelle, affective, familiale et sociale des personnes et respecter le choix de la femme et du couple.

IVG à titre thérapeutique

Lorsqu'une femme atteinte par le VIH est enceinte, une interruption volontaire de grossesse à titre thérapeutique peut lui être proposée. Celle-ci est prise en charge à 80 % par l'assurance maladie. Les personnes sans ressources peuvent demander à l'aide sociale une prise en charge complémentaire.

Pour une femme atteinte par le VIH, pour un couple, envisager, débuter et mener à terme une grossesse est un parcours difficile. Les difficultés sont accentuées lorsque la découverte de la séropositivité coïncide avec l'annonce de la grossesse.

L'évaluation du risque

Actuellement, en France, environ la moitié des femmes enceintes atteintes par le VIH décident de poursuivre leur grossesse. Chaque année, 500 à 600 femmes mènent ainsi leur grossesse à terme.

Le risque de transmission a été, au début, fortement surévalué. On estimait qu'un enfant sur deux, nés de mères atteintes par le VIH, serait contaminé. On pensait que les enfants contaminés présenteraient tous une forme grave de sida et qu'ils ne vivraient pas au-delà de 2 à 3 ans. En France, le suivi de ces nouveau-nés a montré que le risque de transmission se situait, en

l'absence de traitement, entre 15 et 20 %, soit moins d'un nouveau-né sur cinq.

Depuis mai 1994, des recommandations préconisent un traitement par AZT au cours de la grossesse et durant l'accouchement, pour les femmes enceintes atteintes par le VIH souhaitant aller au terme de leur grossesse. Il doit être envisagé en fonction de chaque situation avec le médecin traitant. En 1996, en France, grâce à ce traitement par l'AZT, le risque de transmission se situait autour de 5 %, mais il était plus grand chez les femmes ayant un déficit immunitaire important ou une charge virale (quantité de virus dans le sang) élevée. À l'heure actuelle, le traitement comporte une association de médicaments antirétroviraux.

La transmission du virus à l'enfant peut avoir lieu :

- soit en fin de grossesse, par passage du VIH à travers la barrière placentaire au cours des échanges sanguins entre la mère et le fœtus ;
- soit lors de l'accouchement.

Allaitement et dons de lait

Le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel existe. En France, comme dans tous les pays où les laits maternisés sont d'un accès facile, l'allaitement maternel est contre-indiqué pour un enfant né de mère atteinte par le VIH. Dans les pays en développement, l'OMS préconise l'allaitement maternel malgré ce risque. En effet, l'absence d'allaitement maternel ferait courir des risques encore plus grands aux enfants (malnutrition, infections), compte tenu des difficultés de l'alimentation au biberon dans certains pays.

En France, les dons directs de lait humain d'une mère à un enfant qui n'est pas le sien sont interdits (circulaire DGS/2A/2B n° 223 du 20 mars 1987). Le lait maternel ne peut être que collecté, traité et distribué par les lactariums. Il doit être réservé strictement aux indications médicales et faire l'objet d'une prescription.

Pour éviter de distribuer un lait qui pourrait être dangereux pour l'enfant, les donneuses sont sélectionnées grâce à un entretien au cours duquel les facteurs de risque sont recherchés (tabagisme, alcoolisme, toxicomanie, prise régulière de médicaments...). Des tests obligatoires de dépistage de certains virus (dont le VIH-1 et le VIH-2) sont effectués au

moment du don, puis tous les trois mois pendant toute la durée du don. Un questionnaire auprès du médecin de l'établissement où la donneuse de lait a accouché permet de savoir si des facteurs de risques éventuels ont été repérés. Le lait maternel est ensuite obligatoirement chauffé avant d'être distribué, ce qui élimine tout risque de transmission du VIH (circulaire DGS n° 589 du 24 novembre 1992).

La séropositivité du nouveau-né

Tous les nouveau-nés de mères atteintes par le VIH sont séropositifs aux tests de dépistage, sans être pour autant obligatoirement contaminés. Ils portent en effet les anticorps de leur mère car ils ne fabriquent pas encore leurs propres anticorps.

Ces anticorps maternels disparaissent progressivement à partir de la deuxième année de vie et le système immunitaire de l'enfant devient apte à fabriquer ses propres anticorps. Les enfants contaminés restent alors séropositifs, mais avec leurs propres anticorps. Les enfants non contaminés deviennent séronégatifs.

De nouvelles techniques, fondées sur la détection directe de la présence du virus dans le sang, permettent aujourd'hui de diagnostiquer plus rapidement l'éventuelle contamination de l'enfant. Cette recherche, faite à la naissance, est répétée dans les semaines qui suivent. Presque 100 % des enfants contaminés sont détectés entre un mois et trois mois.

Risques dans la vie courante

En dehors des relations sexuelles non protégées, vivre au quotidien avec des personnes atteintes par le VIH ne présente pas de risques de contamination. Cependant, il convient de respecter quelques règles d'hygiène générale.

Deux cas exceptionnels

Deux cas de transmission ont été décrits dans le monde entre deux enfants. Les contaminations sont cependant survenues en l'absence d'hygiène élémentaire, dans des circonstances très particulières avec échanges sanguins. Ces cas ne remettent pas en question l'accueil des enfants atteints par le VIH en collectivité.

Un virus très fragile

Le VIH est un virus fragile. Il est inactivé par la chaleur dès 56° C et par la plupart des désinfectants courants : eau de Javel, alcool à 70°, détergents liquides, etc. En revanche, il résiste bien au froid, aux rayons ultraviolets et aux rayons X.

Contact avec des objets ayant pu être contaminés

Bien que minime, le risque existe d'une contamination avec des objets piquants ou tranchants qui ont été en contact avec les liquides biologiques ou les muqueuses d'une personne contaminée. Le risque existe aussi en cas de partage d'ustensiles d'hygiène personnelle pouvant être contaminés par du sang : rasoir, brosse à dents, thermomètre, etc.

Rappel de quelques règles d'hygiène générale :

- ne pas partager les ustensiles d'hygiène personnelle ;
- jeter les objets ayant pu être contaminés (matériel jetable, serviettes hygiéniques, tampons, etc.) de façon qu'ils ne puissent pas être manipulés ;
- manipuler avec précautions les objets ayant pu être contaminés ;
- désinfecter ou stériliser* les objets piquants et tranchants ainsi que les récipients ayant contenu des liquides ou des instruments contaminés, ou utiliser des objets à usage unique.

* En dehors des structures de soins, la stérilisation des objets est faite en immergeant dans de l'eau bouillante pendant quinze minutes au minimum. La désinfection par trempage dans de l'eau de Javel à 12° chl diluée (une mesure d'eau de Javel pour 9 mesures d'eau) doit durer quinze minutes.

Linge et vaisselle

Le linge, les vêtements, la vaisselle ayant été utilisés par des personnes atteintes ne transmettent pas le VIH.

Il n'y a pas de mesure particulière à prendre pour le linge ordinaire. Par mesure d'hygiène générale, le linge et les vêtements souillés (par des liquides biologiques, les selles ou l'urine) sont lavés à 60° C ou plus, pendant 30 minutes ou à basse température avec de l'eau de Javel.

Après une exposition au risque de contamination par le VIH

Quelle que soit l'importance du risque pris et son ancienneté, il est possible aujourd'hui de faire une démarche de dépistage à tout moment et de trouver une réponse à ses questions et à ses inquiétudes. Après une situation à risque important, un traitement antirétroviral, commencé le plus tôt possible dans les 48 heures qui suivent, a pour objectif d'essayer d'empêcher la contamination.

La démarche de dépistage

En France, les différents gouvernements ont toujours exclu toute politique de dépistage systématique ou obligatoire en privilégiant une politique de responsabilisation des personnes, fondée, d'une part, sur l'information et, d'autre part, sur le dépistage volontaire.

Des situations particulières

Le dépistage du VIH est cependant obligatoirement pratiqué sur tous les dons de sang, d'organes, de sperme et de lait.

Depuis 1993, il doit systématiquement être proposé par le médecin lors des visites prénuptiales et prénatales. Souvent aussi, le test est proposé aux personnes qui vont subir une intervention chirurgicale.

Le dépistage volontaire

Les tests de dépistage doivent se faire avec le consentement de la personne. Celle-ci doit être assurée que le test et son résultat resteront strictement confidentiels.

Le dépistage doit être l'occasion d'une écoute et d'un soutien psychosocial. La prescription du test ne doit cependant pas être systématique. La décision de prescrire ou non résulte du dialogue entre la personne et le médecin, et du sens que le dépistage peut avoir dans la situation particulière examinée.

Outre l'intérêt, dans une perspective thérapeutique, de détecter une contamination le plus tôt possible après la situation à risque, le dépistage volontaire de l'infection par le VIH constitue un moment privilégié d'information sur les risques de transmission et sur la prévention.

Lorsqu'une personne sait qu'elle est atteinte par le virus, elle doit être particulièrement sensibilisée à la nécessité d'utiliser des moyens de prévention pour éviter de transmettre le VIH et de se recontaminer. Le dépistage constitue ainsi un outil nécessaire à la fois à la prise en charge et à la prévention.

Les positions officielles sur le dépistage

Au niveau international, l'Organisation mondiale de la santé, ainsi que le Conseil des ministres de la CEE se sont prononcés contre le dépistage obligatoire ou systématique et pour le dépistage volontaire et librement consenti.

En France, comme dans la quasi totalité des autres pays, ce principe a été réaffirmé à l'occasion de nombreux débats où la majorité des instances et des associations concernées a souligné les dangers et l'inefficacité probable de la systématisation ou de l'obligation du dépistage.

L'intérêt de la démarche

En France, près de 4 millions de tests sont réalisés chaque année (en dehors des tests pratiqués de façon obligatoire à l'occasion de dons de sang, de sperme, de lait et d'organes). Cependant, parmi les nouveaux cas de sida déclarés en 1997, 67 % des personnes concernées n'avaient reçu aucun traitement antirétroviral avant ce stade et 45 % d'entre elles ne savaient pas qu'elles étaient atteintes par le VIH.

Il est toujours intéressant de rechercher des conseils, de poser des questions, d'obtenir des éléments de réponse en faisant le point sur sa situation personnelle. Différentes raisons peuvent laisser penser qu'une démarche de dépistage est nécessaire, notamment :

- la crainte d'avoir pris un risque et d'être infecté par le VIH ;
- le désir d'abandonner l'usage du préservatif dans une relation de couple ;
- le besoin de se rassurer dans des conduites préventives ;
- un projet de maternité ou de paternité.

Chacun peut, de sa propre initiative et en conservant l'anonymat, bénéficier de tests gratuits de dépistage du VIH. Le dépistage est l'occasion d'une écoute et de conseils qui peuvent aider à acquérir une meilleure conscience des risques et à mieux comprendre les pratiques de prévention.

Si la personne est atteinte par le VIH, il est important qu'elle puisse avoir accès aux traitements sans tarder et surtout avant que la maladie sida ne se développe.

Les techniques de dépistage

Si les tests biologiques qui permettent le diagnostic de l'infection par le VIH ne sont pas tous récents, ils ont cependant été améliorés et leur utilisation, mieux maîtrisée, permet désormais de détecter l'infection plus précocement. Ils reposent sur la mise en évidence de différents marqueurs biologiques .

L'antigénémie p24

L'antigène p24 (protéine d'enveloppe du VIH) est présent dans le sang pendant une période située environ entre le 15^e et le 25^e jour qui suit la situation à risque. Facile à réaliser, peu coûteuse, l'antigénémie p24 est disponible dans la plupart des laboratoires.

Son interprétation doit être prudente : un résultat positif a une valeur prédictive élevée d'infection par le VIH ; un résultat négatif peut être la conséquence d'une mesure trop tardive ou trop précoce.

Lorsque l'antigénémie p24 est positive, une recherche des anticorps anti-VIH est nécessaire pour confirmer rapidement le diagnostic.

La recherche des anticorps

Les anticorps anti-VIH sont décelables dans le sang à partir du 21^e-26^e jour après la contamination. Cette période correspond au début de la séroconversion.

La séroconversion

On appelle séroconversion le moment où les anticorps anti-VIH apparaissent chez une personne contaminée. La période entre la contamination et la séroconversion s'appelle le délai de séroconversion (passage d'une négativité de la recherche des anticorps à une positivité de cette recherche) ou fenêtre sérologique.

La recherche des anticorps anti-VIH est réalisée par un test Elisa. Lorsque ce test est positif, il doit toujours être confirmé par une autre technique appelée Western Blot. Ces deux tests sont complémentaires.

Cependant, la réaction immunitaire est variable selon les individus et les anticorps peuvent parfois apparaître plus tardivement. Aussi faut-il, pour pouvoir affirmer qu'une personne n'est pas atteinte par le VIH, réaliser un nouveau test de dépistage trois mois après la dernière exposition à un risque. Cette période doit s'accompagner d'un soutien psychologique et, au besoin, d'un soutien social et de conseils de prévention.

Dans le cas où un traitement prophylactique a été prescrit, la réponse immunitaire est susceptible d'être retardée par le traitement. Il en sera tenu compte, lors des tests de contrôle destinés à vérifier si la personne traitée est ou non atteinte par le VIH.

La mesure de la charge virale

La charge virale est mesurée par différentes techniques, à partir de prélèvements de sang. Cette mesure représente la quantité de virus présente dans l'organisme. Les résultats sont exprimés en nombre de copies d'ARN VIH (équivalent au nombre de virus) par ml ou sur une échelle logarithmique allant de 0 à 7 log 10.

Devant une suspicion de primo-infection symptomatique, une recherche d'ARN VIH plasmatique (mesure de la charge virale) peut être demandée en alternative à une antigénémie p24. Plus coûteux, de technique plus difficile, ce test ne met en évidence que le VIH-1. Il est utilisé actuellement pour le bilan pré-thérapeutique et pour le suivi des patients.

Les situations d'urgence

Dans les heures qui suivent une situation à risque élevé (rapport sexuel non protégé, partage de seringue, blessure avec une seringue contenant du sang...), il est nécessaire de consulter rapidement un médecin pour évaluer l'importance du risque et, éventuellement, envisager un traitement préventif.

L'évaluation du risque

Tous les cas d'exposition au risque n'entraînent pas une contamination par le VIH. Cependant, toute exposition à une situation à risque élevé, qu'il s'agisse d'un accident (rupture de préservatif, blessure avec un objet souillé, etc.), d'un relâchement dans les pratiques de prévention, ou d'une relation sexuelle contrainte, doit aujourd'hui donner lieu à une consultation en urgence, le plus tôt possible au cours des 48 heures qui suivent.

Dans ce cas, il convient de s'adresser :

- au service des urgences de l'hôpital le plus proche ;
- ou à une consultation de dépistage anonyme et gratuite ;
- ou au médecin traitant.

Afin de déterminer l'opportunité de prescrire ou non un traitement à visée préventive, le degré de gravité du risque encouru sera évalué par un médecin grâce à un dialogue avec la personne concernée.

Le traitement antirétroviral après exposition

Le traitement antirétroviral après exposition est prescrit lorsque la présomption de risque de contamination est particulièrement importante (circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH). Aucun test ne peut encore, à ce moment-là, détecter une éventuelle présence du virus.

Ce traitement à visée prophylactique consiste le plus souvent en une association de deux ou trois antirétroviraux. En commençant le traitement dans les 48 heures qui suivent l'exposition au risque, il s'agit d'essayer d'empêcher qu'il y ait contamination.

Un traitement prophylactique après exposition au risque doit être suivi scrupuleusement pendant un mois environ, à l'issue duquel des tests doivent être pratiqués afin de vérifier si la personne est ou non contaminée par le VIH.

Les consultations de dépistage

Lors de la consultation, le médecin procède avec la personne à l'examen de sa situation par rapport au VIH puis, si nécessaire, prescrit des tests diagnostiques adaptés. Dans le cas où des examens sont prescrits, ils sont pratiqués à partir d'une simple prise de sang sans qu'il soit nécessaire d'être à jeun.

Où s'adresser

Pour mener à bien une démarche de dépistage, les personnes, y compris les mineurs, peuvent s'adresser :

- à une consultation de dépistage anonyme et gratuit (CDAG, liste en annexe) ;
- à un médecin privé ou hospitalier ;
- à un dispensaire antivénérien ;
- à un centre de planification et d'éducation familiale.

La prise en charge du test de dépistage hors des CDAG

Les frais de laboratoire sont remboursés à 100 % par l'assurance maladie (décret n° 92-479 du 1^{er} juin 1992).

La remise du résultat

Les résultats sont remis et expliqués au cours d'une seconde consultation, en général une semaine après la prise de sang. La remise du résultat doit être l'occasion d'une discussion approfondie entre le médecin et le consultant.

Les résultats du test ne doivent être connus que du patient et du médecin, tenu au secret médical. Même s'il s'agit d'un mineur, le médecin doit respecter le secret médical et doit toujours discuter avec l'adolescent, en cas de séropositivité, des possibilités de prévenir sa famille (recommandation du Conseil national de l'ordre des médecins, avril 1993).

En cas de résultat négatif, l'entretien doit aider la personne à adopter ou à maintenir des comportements de prévention adaptés à son mode de vie.

Dans le cas d'un résultat positif, un soutien à la personne atteinte est nécessaire afin de lui permettre de bénéficier d'une prise en charge. Le médecin doit savoir se rendre disponible, écouter et expliquer le sens de cette séropositivité. Il propose un bilan complet et les recours sociaux, psychologiques et médicaux utiles. Il est également important qu'il puisse discuter avec le patient de son attitude à l'égard de son entourage (partenaires, proches).

L'infection par le VIH

Aujourd'hui, dans les pays développés, la contamination par le VIH provoque une infection qui évolue lentement pendant plusieurs années. Ce que l'on appelle le sida en constitue la forme la plus avancée et la plus grave, mais résulte d'un processus à long terme, au cours duquel il est possible d'intervenir. Lorsque des personnes ont été contaminées par le VIH, on dit qu'elles sont atteintes d'infection par le VIH.

L'évolution de l'infection

L'amélioration des connaissances et des possibilités de prise en charge s'est traduite par un allongement de la période qui précède la survenue du sida. Pendant une longue période, les personnes atteintes par le VIH ne ressentent le plus souvent aucun signe de maladie, ou alors il s'agit de manifestations mineures. Les pathologies graves constitutives du sida apparaissent lorsque le déficit immunitaire est important.

La primo-infection

La primo-infection correspond à la période de quelques semaines qui suit immédiatement le début de l'infection par le VIH. Semblable à beaucoup d'autres infections virales, elle peut passer inaperçue. Cependant, elle s'accompagne souvent de signes divers : présence de ganglions, fièvre, malaise général, maux de tête, courbatures et douleurs articulaires, éruption cutanée, ulcérations des muqueuses.

Pendant les deux à quatre semaines qui suivent la contamination, le VIH infecte les cellules du système immunitaire. Il se multiplie rapidement dans les lymphocytes CD4 et les macrophages des ganglions lymphatiques.

En réaction, l'organisme produit des anticorps spécifiques du VIH. La présence d'anticorps dans le sang peut être décelable par les tests Elisa et Western Blot dès la troisième semaine après la contamination et, dans la très grande majorité des cas, avant huit semaines.

Dès qu'une personne est contaminée par le VIH, elle peut à son tour le transmettre, avant même d'avoir produit ses propres anticorps. Une personne atteinte par le VIH, malade ou non, reste indéfiniment porteuse du virus et en situation de pouvoir le transmettre.

Phase asymptomatique et symptômes mineurs

Après la période de primo-infection, la réplication du virus dans le sang diminue et se stabilise à un niveau qui varie selon les personnes.

La phase de séropositivité sans symptômes cliniques correspond à la période durant laquelle les effets toxiques du virus semblent apparemment contrôlés par l'organisme, notamment par le système immunitaire. Lorsque les personnes atteintes par le VIH ne présentent aucun signe physique de maladie, elles sont dites " asymptomatiques ".

La présence d'adénopathies (augmentation du volume de plusieurs ganglions ou lymphadénopathie généralisée persistante) est banale, comme lors de toute infection virale. Elle n'a pas de valeur pronostique et n'indique pas de risque d'aggravation de l'infection.

La destruction des lymphocytes CD4 entraîne un affaiblissement progressif du système immunitaire. Cette évolution de l'infection se traduit généralement par la survenue de pathologies plus ou moins graves. Les personnes atteintes par le VIH entrent alors dans une phase symptomatique de la maladie, dont la forme majeure est le sida.

Certains symptômes d'allure banale peuvent alors apparaître, principalement des maladies bénignes de la peau (dermite séborrhéique, zona, poussée d'herpès) ou des muqueuses (candidose oropharyngée). D'autres lésions sont plus spécifiques de l'infection par le VIH, comme la leucoplasie chevelue de la langue. Des symptômes généraux peuvent aussi apparaître : fièvre persistante (quelques semaines), sueurs nocturnes, fatigue anormalement longue et intense, amaigrissement involontaire de plus de 10 % du poids habituel, diarrhée persistante.

Les infections secondaires

Les infections secondaires au déficit immunitaire peuvent être dues à des germes de rencontre, comme la tuberculose. Elles peuvent également être provoquées par des germes déjà présents dans l'organisme, mais n'entraînant pas de maladies chez les personnes qui ne sont pas immunodéficientes, comme la toxoplasmose et la pneumocystose.

Ces pathologies sont ainsi appelées " infections opportunistes ". Elles touchent essentiellement les poumons, le cerveau, les yeux et le tube

digestif. Chacune de ces infections secondaires peut se manifester chez une personne atteinte par le VIH, mais toutes ne surviendront pas systématiquement.

Les infections secondaires ne sont pas toutes synonymes de sida. Certaines peuvent survenir avant l'entrée dans la maladie. C'est le cas de certaines infections respiratoires ou des candidoses buccales.

Le suivi médical

Dès que l'infection par le VIH est connue, un examen clinique (pour vérifier l'absence de symptômes) et un bilan biologique (pour surveiller le retentissement de l'infection sur le système immunitaire) sont proposés. Ces examens sont renouvelés en général tous les trois à six mois, en fonction de l'état clinique du patient et des traitements suivis.

La surveillance biologique, réalisée par des examens de sang, doit se poursuivre régulièrement. Les examens sanguins peuvent révéler des anomalies qui sont la conséquence de la toxicité du virus sur l'organisme. Les anomalies majeures sont la diminution des lymphocytes CD4 et l'élévation de la charge virale. D'autres effets toxiques, tels que la diminution du nombre de plaquettes, doivent être recherchés.

La charge virale

La mesure de la charge virale, ou plus précisément la mesure de l'ARN VIH plasmatique, indique la quantité de virus présents dans le plasma à un moment donné.

Les mesures biologiques sont des "marqueurs" de l'évolution de l'infection (principalement le taux de lymphocytes CD4 et la charge virale). C'est le plus souvent en fonction de l'évolution de ces marqueurs biologiques qu'un certain nombre de décisions médicales doivent être prises par le médecin et le patient : décision de prendre ou non un traitement antirétroviral lorsque le taux de lymphocytes CD4 diminue ou que la charge virale s'élève ; nécessité de commencer une prophylaxie de la pneumocystose et de la toxoplasmose lorsque le taux de lymphocytes CD4 s'abaisse au-dessous du seuil de 200/mm³, etc. Un traitement antirétroviral peut aussi être proposé suite à l'apparition de symptômes cliniques.

Pour les femmes, la séropositivité augmentant le risque de lésions précancéreuses du col de l'utérus, une surveillance gynécologique régulière avec frottis du col doit également être assurée.

Suivi clinique et biologique d'un patient séropositif pour le VIH (1)

Après la découverte d'une séropositivité, un premier bilan très complet comprend :

- contrôle de la sérologie VIH (Western Blot) ;
 - numération formule sanguine (NFS) et numération des plaquettes ;
 - taux de lymphocytes CD4 et CD8 ;
 - mesure de la charge virale ;
 - dosage des transaminases et des gamma-GT ;
 - sérologies : syphilis, cytomégalovirus, toxoplasmose, hépatite B, hépatite C ;
 - intradermo-réaction à la tuberculine ;
 - examen gynécologique ;
 - radiographie du thorax.
-
- Les bilans de santé se poursuivent tous les six mois puis tous les trois mois pour les patients sous traitement ou dont le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à $200/\text{mm}^3$ de sang, avec :
 - numération formule sanguine (NFS) et numération des plaquettes ;
 - taux de lymphocytes CD4 et CD8 ;
 - mesure de la charge virale ;
 - dosage des transaminases et des gamma-GT ;
 - dépistage biologique des effets secondaires des antirétroviraux : CPK, amylase, glycémie, triglycérides, cholestérol, créatinine) ;
 - fond d'œil (si $\text{CD4} < 200/\text{mm}^3$ de sang) ;
 - recherche d'infection par le CMV ou les mycobactéries atypiques (MAC), (si $\text{CD4} < 100/\text{mm}^3$ de sang).

Surveillance annuelle :

- sérologies (si la recherche était négative au bilan initial) : syphilis, cytomégalovirus, toxoplasmose, hépatite B, hépatite C ;
- examen gynécologique (ou tous les six mois si $\text{CD4} < 200/\text{mm}^3$ de sang).

(1) D'après les recommandations du rapport Dormont (1998).

Les vaccins (1)

Les indications de vaccins chez les personnes atteintes par le VIH sont controversées. Si possible, il convient d'éviter toute vaccination quand le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à $200/\text{mm}^3$ et/ou quand la charge virale est élevée.

- Vaccination recommandée : tétanos.
- Vaccinations possibles : diphtérie, poliomyélite (éviter le vaccin vivant oral), hépatite B (à réserver aux personnes particulièrement exposées et dont l'immunodépression est peu marquée), méningo A + C, typhoïde, fièvre jaune (contre-indiquée si le déficit immunitaire est prononcé).
- Vaccinations à éviter : pneumocoque, grippe, vaccination *anti-Hæmophilus influenzae b*, BCG.
- Vaccination à proscrire : rubéole.

(1) D'après les recommandations du rapport Dormont (1998).

Délai avant l'apparition de la maladie

En l'absence de traitement, la grande majorité des personnes atteintes par le VIH développera un sida à plus ou moins long terme ; le délai moyen d'apparition du sida est estimé, selon les études, de sept à onze ans après la contamination. De nombreux facteurs influencent probablement ce délai et notamment l'âge ou le moment de l'accès aux soins. Aujourd'hui, les nouveaux traitements retardent très significativement l'entrée dans la maladie.

Les principales pathologies du sida

Le sida correspond au stade avancé de l'infection par le VIH. Il se caractérise par une détérioration très importante du système immunitaire, qui ne peut plus lutter contre certaines infections et certains cancers. Le VIH peut aussi léser directement certaines cellules du système nerveux central (cerveau, moelle épinière).

Principales pathologies d'entrée dans le sida chez les adultes au cours du premier semestre 1998

- Pneumocystose	29,1 %
- Candidose œsophagienne	16,4 %
- Toxoplasmose cérébrale	10,3 %
- Tuberculose extrapulmonaire	8,2 %
- Tuberculose pulmonaire	7,6 %
- Lymphomes	7,3 %
- Sarcome de Kaposi	6,5 %

Source : BEH n° 37/1998.

La pneumocystose

La pneumocystose est une infection le plus souvent pulmonaire, due à un micro-organisme, le *Pneumocystis carinii*, responsable de maladie infectieuse en cas d'immunodépression. Malgré l'existence de traitements préventifs efficaces, elle constitue encore aujourd'hui en France la manifestation inaugurale du sida la plus fréquente. Cela est dû au fait qu'elle peut survenir alors que le déficit immunitaire est relativement modéré. Un traitement préventif doit donc être entrepris lorsque le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à 200/mm³ et/ou inférieur à 15 % du nombre total de lymphocytes.

Une fièvre persistante, isolée, supérieure à 38° C et qui résiste aux traitements habituels, peut être le seul signe d'une pneumocystose. Dans sa forme pulmonaire, elle peut s'accompagner d'une toux sèche et d'un essoufflement. Ces signes, discrets mais persistants, doivent attirer l'attention des personnes atteintes par le VIH et les amener à consulter un médecin.

Un examen clinique, une prise de sang (une ponction artérielle qui permet de déterminer la concentration en gaz du sang) et une radiographie des poumons (qui, malgré une infection déjà installée, peut être normale) permettent d'orienter le diagnostic. Celui-ci pourra être confirmé par un prélèvement au niveau des alvéoles pulmonaires (lavage broncho-alvéolaire), permettant d'identifier directement le *Pneumocystis*. Le traitement de cette infection est d'autant plus efficace qu'il est débuté tôt.

Après la phase aiguë, une prophylaxie dite secondaire doit être maintenue à vie pour éviter les rechutes.

La candidose œsophagienne

Les candidoses de l'œsophage sont des infections dues à un champignon du genre *Candida*. Fréquentes au cours de l'infection par le VIH, elles entraînent des douleurs à la déglutition, qui conduisent souvent à un amaigrissement important provoqué par une diminution de l'apport alimentaire.

La confirmation du diagnostic se fait le plus souvent par fibroscopie sous anesthésie locale. Les candidoses sont traitées par des antimycosiques. En phase aiguë, une adaptation de l'alimentation est en général nécessaire pour préserver les apports caloriques (alimentation moulinée, mixée ou liquide). Un traitement d'entretien peut être envisagé en cas de rechutes fréquentes ou sévères.

Le sarcome de Kaposi

Le sarcome de Kaposi peut prendre plusieurs formes :

- une forme limitée, qui touche seulement la peau et se traduit par une ou plusieurs taches violettes, indolores et qui ne démangent pas ;
- des formes plus graves – car disséminées –, qui atteignent non seulement la peau, mais aussi les muqueuses et de nombreux organes internes.

Différents traitements sont proposés : interféron, chimiothérapie, radiothérapie, voire traitement chirurgical. Le choix entre ces traitements se fait en fonction de la localisation des lésions, de leur nombre, de leur étendue et du stade de l'immunodépression.

La toxoplasmose

La toxoplasmose est une infection due à un parasite : *Toxoplasma gondii* (appelé également toxoplasme). C'est habituellement une infection bénigne qui touche environ 80 % de la population adulte en France et passe le plus souvent inaperçue. Elle ne provoque de manifestations graves que chez les personnes immunodéprimées et chez le fœtus au cours de la grossesse. La contamination a lieu soit en consommant des fruits ou des légumes souillés par la terre ou de la viande mal cuite, soit par contact avec des chats sauvages ou des chatons.

Chez les personnes atteintes par le VIH, lorsque le déficit immunitaire est installé (notamment lorsque le taux de CD4 est inférieur à 100/mm³), les kystes présents dans l'organisme, dus à une infection ancienne bien tolérée, peuvent être le siège d'une réactivation de l'infection, à l'origine d'abcès. Ceux-ci sont le plus souvent situés au niveau du tissu cérébral, mais ils peuvent également toucher d'autres organes (myocarde, poumons).

Dans sa localisation cérébrale, la toxoplasmose se manifeste par une fièvre et des céphalées inhabituelles, éventuellement accompagnées de signes neurologiques, variables en fonction de la localisation des abcès : encéphalites, déficit moteur localisé ou trouble sensitif. Une céphalée persistante, associée ou non à de la fièvre, doit conduire à consulter un médecin avant l'installation de troubles plus importants. Le diagnostic de l'infection repose sur l'examen clinique et biologique et sur les résultats du scanner cérébral, voire d'un examen cérébral par IRM (imagerie par résonance magnétique), ces deux examens permettent de visualiser le cerveau). Ce diagnostic est confirmé *a posteriori* par l'efficacité du traitement.

Bien qu'il soit efficace pour traiter les poussées aiguës de toxoplasmose cérébrale, le traitement ne permet pas d'éliminer les kystes ; il doit donc être poursuivi à des doses plus faibles pour éviter une rechute (prophylaxie secondaire ou traitement d'entretien). Dès que le déficit immunitaire est installé, il est également recommandé de proposer une prophylaxie dite primaire (avant l'apparition de la maladie) aux personnes dont la sérologie de la toxoplasmose est positive.

Les infections à cytomégalovirus

Le cytomégalovirus (CMV) est un herpès virus, très répandu dans la population générale. Chez l'adulte dont le système immunitaire est efficace, l'infection est peu ou pas symptomatique. Cependant, le virus persiste longtemps dans l'organisme et il peut être à l'origine d'une infection aiguë en cas d'immunodépression ou après une transmission materno-fœtale. Toutes les localisations sont possibles : poumon, foie, système nerveux central ou périphérique, système digestif. Mais, dans 70 % des cas, la localisation est oculaire (rétinite), avec un risque d'altération de la vision ou de cécité de l'œil atteint.

Le traitement habituel de ces infections à CMV repose sur l'utilisation de deux antiviraux par voie intraveineuse, le foscarnet ou le ganciclovir, qui ont fait la preuve de leur efficacité. Toutefois, les rechutes sont fréquentes. Pour les patients ne pouvant plus tolérer la forme intraveineuse, il existe également une forme orale du ganciclovir et des traitements locaux de l'œil.

Les lymphomes

L'infection par le VIH prédispose à l'apparition de lymphomes (cancers des cellules immunitaires). Ces lymphomes peuvent toucher plusieurs organes : ganglions, système nerveux central, moelle osseuse et tube digestif.

Selon leur localisation, les lymphomes peuvent se révéler par une augmentation brusque du volume des ganglions, par des troubles digestifs ou par des signes neurologiques. Le diagnostic se fait ensuite par l'examen au microscope d'un fragment de ganglion ou de tumeur. Les lymphomes ayant la particularité de se développer simultanément dans plusieurs sites, un examen des autres organes qui peuvent être touchés est entrepris dès que le diagnostic est établi. Les lymphomes sont traités par chimiothérapie.

L'encéphalite due au VIH

Le VIH peut être directement responsable d'atteintes du système nerveux central (cerveau ou moelle épinière), qui entraînent principalement une encéphalite pouvant évoluer vers une démence. Les principales manifestations sont des troubles intellectuels (mémoire, attention, ralentissement des facultés), des troubles du comportement (apathie, manifestations anxieuses...) et de la motricité (perte de l'équilibre, mauvaise coordination...). L'encéphalite est presque toujours associée à une importante immunodépression.

La tuberculose

Le développement de l'épidémie d'infection par le VIH a en partie favorisé la recrudescence de la tuberculose dans les pays industrialisés. Cette maladie, due au bacille de Koch (BK), est plus fréquente chez les personnes atteintes par le VIH que dans la population générale.

Chez les personnes atteintes par le VIH, lorsque le déficit immunitaire est modéré, la tuberculose est tout à fait comparable à la tuberculose

habituelle : les symptômes et le traitement sont les mêmes ; lorsque le déficit immunitaire est plus marqué, la tuberculose est généralement extrapulmonaire et disséminée.

La forme pulmonaire se manifeste principalement par une toux persistante associée à des signes généraux tels qu'une fièvre prolongée, une fatigue, une perte de poids et des sueurs nocturnes. Le diagnostic de la tuberculose repose sur la radiographie pulmonaire, la recherche du bacille de Koch dans les crachats, les alvéoles pulmonaires ou le sang et par la réalisation d'une intradermo-réaction, qui peut être faussement négative à cause du déficit immunitaire. Le traitement repose sur l'administration de plusieurs antituberculeux pendant plusieurs mois. Le respect de cette durée de traitement est indispensable pour éviter les rechutes et l'apparition de bacilles résistants aux médicaments habituels.

La tuberculose pulmonaire, particulièrement dans sa forme bacillifère, est une des pathologies associées à l'infection par le VIH qui est contagieuse pour l'entourage. Elle nécessite donc de prendre des mesures de prévention pendant toute la période de contagion, notamment dans les lieux de soins. Après quelques semaines d'un traitement bien suivi et efficace, les risques de contagion sont totalement éliminés.

Les infections à mycobactéries atypiques

Les mycobactéries sont des bactéries d'un type particulier. Le genre *Mycobacterium (M)* comporte plusieurs espèces divisées en deux grands groupes : les pathogènes (comme *M. tuberculosis* à l'origine de la tuberculose) ; les peu ou pas pathogènes chez les personnes dont le système immunitaire fonctionne normalement (comme *M. kansaii* et *M. avium*, espèces dites atypiques des mycobactéries). Ces dernières peuvent entraîner, chez les patients immunodéprimés, une infection grave et, dans la majorité des cas, disséminée.

Au cours du sida, le risque d'infections disséminées à *Mycobacterium avium complex* (MAC) est notable si le taux de lymphocytes CD4 est inférieur à 100/mm³. Les signes de cette infection sont proches de ceux de la tuberculose, associant de manière inconstante fatigue, fièvre, toux, perte d'appétit, amaigrissement et diarrhées. Le diagnostic repose le plus souvent sur des hémocultures répétées (prélèvements de sang mis en culture).

Les traitements antituberculeux classiques ont peu d'effet sur cette infection. De nouvelles associations médicamenteuses sont efficaces lorsqu'elles sont bien suivies. Depuis quelques années, différents traitements antibiotiques peuvent être proposés à titre préventif chez les patients ayant un taux de lymphocytes CD4 inférieur à 100/mm³.

La cryptosporidiose

Les cryptosporidies provoquent des diarrhées aiguës, notamment chez l'enfant et le voyageur. La contamination a lieu par contact direct avec une personne ou un animal porteurs ou encore par l'eau et la nourriture souillées. Lorsque le déficit immunitaire est important, il peut exister une présence chronique des cryptosporidies, associée ou non à une diarrhée. Outre le tube digestif, les cryptosporidies peuvent être présentes au niveau des voies biliaires et, de manière exceptionnelle, dans d'autres organes (pancréas, poumon).

Le diagnostic de cryptosporidiose repose sur l'examen des selles ou sur l'examen au microscope électronique d'une biopsie (prélèvement) duodénale après fibroscopie. Dans sa forme grave, la cryptosporidiose entraîne une diarrhée sécrétoire très importante, associée à des douleurs abdominales diffuses et, surtout s'il existe une localisation biliaire, à une anorexie, à des vomissements et à des douleurs intenses dans la région de la vésicule biliaire.

Aucun médicament n'ayant fait la preuve de son efficacité, le traitement est symptomatique et associe, en hospitalisation, une réhydratation, un respect de l'équilibre électrolytique (sodium, potassium etc.) et des ralentisseurs du transit.

Dans les formes moins importantes, en fonction de la tolérance et de l'état général, le traitement peut être réalisé en dehors de l'hôpital.

Les traitements

L'ensemble des interventions thérapeutiques vise à retarder l'apparition des complications de la maladie, à les prévenir lorsque cela est possible et, enfin, à réduire leurs conséquences lorsqu'elles surviennent. Chaque intervention médicale doit être pesée en fonction du bénéfice que l'on en attend, de ses risques potentiels et des contraintes qu'elle représente pour

le patient. Le désir du malade et la préservation de sa qualité de vie sont des éléments déterminants dans le choix des traitements.

Traitements antirétroviraux

Les antirétroviraux sont des médicaments qui agissent directement sur le cycle de réplication virale (multiplication du virus) avec pour objectif de la bloquer. Depuis 1987, date de la commercialisation de l'AZT (zidovudine, Retrovir[®]), premier médicament ayant montré une efficacité contre le VIH, de nombreuses recherches ont abouti à la mise au point d'autres molécules.

Les différents médicaments prescrits en France appartiennent à trois classes thérapeutiques. Celles-ci sont définies en fonction du type de molécule et de son action au cours du cycle de réplication du virus : les inhibiteurs de la transcriptase inverse (analogues nucléosidiques et analogues non nucléosidiques) et les inhibiteurs de la protéase.

Les analogues nucléosidiques inhibiteurs de la transcriptase inverse ont été d'abord prescrits en monothérapie. En septembre 1995, il a été établi que l'association de deux de ces molécules permettait d'obtenir un ralentissement de l'infection plus important. Les analogues nucléosidiques inhibiteurs de la transcriptase inverse utilisés aujourd'hui sont l'AZT, la ddl, la ddC, le d4T, le 3TC et l'abacavir. L'hydroxyurée, un médicament immunomodulateur, augmente l'activité antirétrovirale des analogues nucléosidiques et est utilisée en association avec eux.

Les analogues non nucléosidiques inhibiteurs de la transcriptase inverse (névirapine, delavirdine, efavirenz) agissent sur le virus de la même manière que les analogues nucléosidiques, mais ils présentent une structure chimique différente.

Les inhibiteurs de la protéase (ritonavir, indinavir, saquinavir, nelfinavir, amprenavir) ont une action antirétrovirale importante lorsqu'ils sont associés aux analogues nucléosidiques. Les premiers résultats significatifs obtenus avec ce type de molécule datent du début de l'année 1996.

Des médicaments bloquant d'autres séquences du cycle de réplication du VIH sont à l'étude : des inhibiteurs de la fusion et des anti-intégrases.

Les antirétroviraux en AMM* ou ATU**

Famille thérapeutique		Abréviation	Dénomination commune internationale (DCI)	Nom commercial
Inhibiteurs de la transcriptase inverse	analogues nucléosidiques	AZT	zidovudine	Retrovir [®]
		ddl	didanosine	Videx [®]
		ddC	zalcitabine	Hivid [®]
		d4T	stavudine	Zerit [®]
		3TC	lamivudine	Epivir [®]
			abacavir	
	analogues non nucléosidiques	AZT + 3TC	zidovudine + lamivudine	Combivir [®]
		NVP	névirapine	Viramune [®]
		DLV	delavirdine	Rescriptor [®]
		DMP 266	efavirenz	Sustiva [®]
		RTV	ritonavir	Norvir [®]
		IDV	indinavir	Crixivan [®]
	Inhibiteurs de la protéase ou antiprotéases	SQ	saquinavir	Invirase [®] , Fortovase [®]
		NFV	saquinavir soft gel nelfinavir amprenavir	Viracept [®]

AMM* = autorisation de mise sur le marché

ou ATU** = autorisation temporaire d'utilisation

Les multithérapies

Aujourd'hui, l'utilisation optimale des traitements disponibles n'est pas encore totalement définie. L'introduction de combinaisons d'antirétroviraux, notamment de trithérapies qui associent deux analogues nucléosidiques et une antiprotéase, a modifié l'évolution de la maladie pour un grand nombre de patients. Compte tenu des évolutions récentes, les recommandations françaises ont été actualisées en juin 1998, mais sont amenées à évoluer et doivent être adaptées au cas par cas.

Les multithérapies associant plusieurs antirétroviraux ont pour objectifs d'abaisser au maximum la charge virale, de prévenir les résistances du virus aux médicaments et de restaurer ou de maintenir la fonction immunitaire, en vue d'améliorer l'état clinique.

Sous ces traitements, on assiste à une amélioration clinique des patients : reprises de poids, reprise de l'énergie, disparition d'infections

persistantes, amélioration de l'état immunitaire avec augmentation du nombre de lymphocytes CD4, diminution considérable de la charge virale, qui peut devenir indétectable (c'est-à-dire que les tests les plus sensibles ne permettent pas de retrouver le virus dans le plasma). Toutefois, ces traitements ne permettent pas de faire disparaître complètement le virus.

Les phénomènes de résistance

Les associations d'antirétroviraux, en particulier les trithérapies combinant deux analogues nucléosidiques et un inhibiteur de la protéase, se heurtent à des phénomènes de résistance au traitement. Les résistances sont liées à des mutations du virus qui lui permettent de ne plus être sensible aux médicaments.

Ces mutations surviennent naturellement. Si le traitement est insuffisamment actif, les virus sont éliminés à l'exception des mutants résistants qui deviennent rapidement prédominants. Pour contrer ce phénomène, il est nécessaire de diminuer le plus possible la charge virale. Moins le virus se réplique, moins il mute, plus longtemps il reste sensible aux médicaments et plus longtemps le traitement reste efficace. La condition essentielle pour parvenir à cet objectif est une parfaite observance du traitement par le patient.

L'observance (adhésion au traitement)

Les traitements antirétroviraux actuels sont contraignants au quotidien. Ils obligent notamment à une régularité de prises des médicaments et à une bonne compréhension par le patient des contraintes à respecter (prises avec ou en dehors des repas, aliments contre-indiqués...). Une trithérapie mal prise se traduit par une pression insuffisante sur la réPLICATION virale et par la survenue, à terme, d'une résistance au traitement.

Les décisions thérapeutiques doivent donc être individualisées en tenant compte notamment de l'évolution de l'infection, des traitements antérieurs, des souhaits du patient et des contraintes qu'il est en mesure d'intégrer dans sa vie quotidienne.

Il s'agit donc de créer les meilleures conditions pour une démarche volontaire d'adhésion au traitement :

- une bonne compréhension des objectifs du traitement : maintien d'un état asymptomatique prolongé, afin de prévenir la " maladie " proprement dite ;
- une explication des effets secondaires possibles, afin d'éviter le découragement ;
- une adaptation des traitements à la vie familiale et sociale.

Une bonne information des patients est donc indispensable pour que ceux-ci soient en mesure d'obtenir un maximum de bénéfice de leur traitement.

Le guide des antirétroviraux édité en Octobre 1997 par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité et diffusé par le Comité français d'éducation pour la santé donne des conseils pratiques sur ces traitements (une version pour les patients, une version pour le personnel soignant).

Prescription et dispensation des antirétroviraux

Les antirétroviraux sont des médicaments à prescription initiale hospitalière (PIH), c'est-à-dire que la première prescription d'un traitement antirétroviral s'effectue dans un établissement de santé (public ou privé). La validité de l'ordonnance hospitalière est fixée à un an. Passé ce délai, un nouveau bilan effectué à l'hôpital est indispensable afin de réévaluer le traitement antirétroviral.

Pendant les douze mois qui suivent la PIH, le renouvellement de l'ordonnance peut être effectué à l'hôpital ou bien par un médecin de ville, mais à condition qu'aucune modification de traitement ne soit apportée.

Si une modification du traitement est nécessaire, le patient doit s'adresser au médecin hospitalier qui établira, s'il le juge utile, une nouvelle PIH.

La délivrance des médicaments, dès la première prescription, se fait aussi bien en pharmacie de ville qu'en pharmacie d'hôpital. En ville, il faut présenter la prescription initiale hospitalière et éventuellement l'ordonnance de renouvellement pour obtenir les antirétroviraux. Les antirétroviraux sont prise en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Traitements des infections opportunistes

Les personnes immunodéprimées, ou qui commencent à l'être, risquent de développer une infection secondaire. Il est possible, par un traitement dit

prophylactique, de prévenir certaines de ces infections. C'est ce que l'on appelle la prophylaxie primaire. Actuellement, des traitements prophylactiques sont utilisés pour éviter l'apparition de la pneumocystose et de la toxoplasmose, des infections à mycobactéries et de celles à cytomégalovirus (CMV).

De nombreuses infections secondaires peuvent aujourd'hui être traitées efficacement. Selon leur nature, différentes classes de médicaments sont employées : antibiotiques, antimycosiques, antiparasitaires, antiviraux. Cependant, certaines infections restent non seulement malaisées à diagnostiquer, mais encore difficiles, voire impossibles, à traiter.

À la suite d'une infection secondaire, le risque de rechute peut être important.

D'une part, parce que les traitements existants, s'ils sont efficaces pour bloquer ou réduire le développement microbien, ne le sont pas suffisamment pour détruire l'agent infectieux en cause (c'est le cas, par exemple, des infections à *Pneumocystis carinii*, à toxoplasme ou à cytomégalovirus). D'autre part, parce que, l'immunodéficience persistant, une nouvelle infection due à ces germes peut se développer.

Chaque fois que cela est possible, un traitement d'entretien est proposé après la survenue d'un épisode infectieux dû à l'un de ces micro-organismes. C'est ce que l'on appelle la prophylaxie secondaire.

La prévention de la pneumocystose et de la toxoplasmose

La prophylaxie de ces infections concerne les personnes atteintes par le VIH, asymptomatiques ou non, ayant moins de 200 lymphocytes CD4/mm³ dans le sang (seuil à partir duquel le risque de survenue d'une pneumocystose ou d'une toxoplasmose est élevé).

Traitements des symptômes

Chaque symptôme (fièvre, diarrhée, éruption cutanée, muguet, etc.) est traité séparément, en fonction de sa cause et de sa gravité.

Les douleurs physiques peuvent apparaître précocement lors de la maladie et impliquer alors l'association de traitements spécifiques. Ces souffrances physiques sont liées, entre autres, aux multiples infections bactériennes

ou virales et à leurs complications, aux thérapeutiques agressives et aux nombreuses investigations.

Comme toute maladie grave, le sida impose la nécessité de soigner la personne dans sa globalité, en associant les approches curatives et palliatives de façon complémentaire et dans une continuité de soins.

La recherche

Pour mettre au point des nouveaux traitements et des vaccins, un certain nombre de procédures sont nécessaires pour garantir au maximum l'efficacité et la tolérance des nouveaux produits.

Essais thérapeutiques

Les essais thérapeutiques ont différents objectifs : améliorer l'usage des médicaments existants, étudier la tolérance d'un nouveau produit, rechercher son mécanisme d'action, définir les doses à employer, démontrer son efficacité dans une pathologie donnée, par rapport à un placebo ou à un traitement de référence.

Chacun de ces objectifs correspond à l'une des quatre phases de la mise au point d'un médicament. Ce sont les résultats des essais qui, lorsqu'ils sont concluants, conduisent à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) du médicament testé. La participation active des patients est non seulement utile mais nécessaire au meilleur déroulement possible de ces essais.

La loi du 20 décembre 1988 définit les règles relatives à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales. Cette loi crée, en particulier, l'obligation de recueillir le consentement éclairé du patient auquel on propose de participer à un essai thérapeutique. Elle instaure, par ailleurs, des comités consultatifs de protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales (CCPPRB).

Les autorisations temporaires d'utilisation (ATU)

Les procédures d'ATU, délivrées par l'Agence du médicament, permettent de mettre à disposition un médicament qui n'a pas encore reçu d'AMM (autorisation de mise sur le marché), mais qui a fourni des preuves suffisantes d'efficacité et de sécurité pour être administré à des malades pour lesquels il n'existe pas d'autre traitement.

Les ATU dites " de cohorte " concernent les médicaments pour lesquels le niveau de connaissance scientifique est élevé et l'AMM prévisible à relativement court terme. Une population (cohorte) pouvant recevoir le médicament est définie selon certains critères. Les personnes répondant à ces critères peuvent bénéficier de l'ATU.

Les ATU nominatives permettent d'autoriser le traitement de patients nommément désignés, à la demande et sous la responsabilité des médecins prescripteurs. Elles concernent des médicaments pour lesquels le niveau de connaissance scientifique est souvent relatif.

La recherche d'un vaccin

L'existence d'une vaccination préventive permettrait aux personnes d'éviter la contamination, quels que soient les risques pris. Ce serait un excellent moyen de prévention de l'épidémie, à condition qu'il soit accessible à tous.

Dans le monde, plusieurs essais sont actuellement en cours pour tester l'innocuité, la tolérance et le niveau de réponse immunitaire de " candidats vaccins ". Après cette phase plus ou moins longue, de larges essais devront être mis en œuvre pour en étudier l'efficacité.

Ces recherches ne permettent pas encore de grands espoirs et ne doivent pas limiter les efforts actuels de prévention.

L'infection par le VIH chez l'enfant

Aujourd'hui, en France, les enfants infectés sont pour la plupart nés de mères ou de parents atteints par le VIH. Il est donc indispensable de prendre très tôt en charge la dimension familiale de la maladie. L'infection par le VIH chez l'enfant est souvent proche de celle de l'adulte ; le suivi et les traitements proposés le sont aussi.

Diagnostic

Tous les nouveau-nés des mères atteintes par le VIH sont eux-mêmes séropositifs aux tests de dépistage habituels car ils possèdent les anticorps de leur mère, sans pour autant être obligatoirement contaminés. Au-delà de l'âge de 15-18 mois, seuls les enfants contaminés restent séropositifs, mais avec leurs propres anticorps.

À la naissance, l'examen clinique est normal pour tous. Le diagnostic chez le nouveau-né repose sur la détection du virus dans le sang. Deux tests sont nécessaires pour établir définitivement le diagnostic, qui est en général obtenu lors des premiers mois de vie.

Le diagnostic précoce permet, si l'enfant est contaminé :

- d'organiser au plus tôt la surveillance clinique et immunologique ;
- d'instaurer rapidement des traitements antirétroviraux et des traitements préventifs des infections opportunistes ;
- de faciliter les mesures d'ordre psychologique, familial et social.

Évolution de la maladie

La plupart des enfants atteints par le VIH présentent des symptômes, mais rarement avant l'âge de 3 mois. Pour la majorité d'entre eux, la maladie évolue lentement. Cependant 10 % à 15 % des enfants atteints présentent une forme d'évolution rapide et sévère de la maladie.

- Forme à évolution lente : pendant plusieurs années, les enfants ne présentent pas de symptômes ou seulement des signes banals, à peine un peu plus fréquemment que les enfants non contaminés : ganglions un peu trop développés, rhino-pharyngites, otites et bronchites, érythème du siège, muguet. Ils vont pouvoir vivre pendant plusieurs années en fréquentant crèches et écoles comme n'importe quel autre enfant. Le sida peut survenir au bout de 7, 8, 9 ans ou plus. L'enfant peut alors présenter des complications infectieuses sévères (pneumonies, méningite, diarrhées...) entraînant amaigrissement, difficultés d'alimentation et perte d'autonomie.

- Forme à évolution rapide et sévère : elle se caractérise par une succession d'infections et des manifestations neurologiques pouvant apparaître dès l'âge de 3 mois. Le développement psychomoteur se fait mal ; des raideurs, des mouvements anormaux, des troubles de la succion apparaissent, empêchant une croissance harmonieuse, l'acquisition de la station assise et de la marche. Sans traitement, le décès survenait avant deux ans. Le diagnostic précoce, la prophylaxie de la pneumocystose et les traitements antiviraux ont ralenti l'évolution de ces formes redoutables.

Les vaccins

Les vaccins inactivés peuvent être réalisés selon le calendrier habituel. Le vaccin vivant rougeole-oreillons-rubéole peut être administré. En revanche, le vaccin contre la varicelle et le BCG sont contre-indiqués en raison du risque d'infection disséminée.

Aspects thérapeutiques

En France, lorsque l'infection par le VIH d'une femme enceinte est connue, on lui propose, pendant la grossesse, un traitement destiné à réduire le risque de transmission à l'enfant. Dès les premières heures qui suivent l'accouchement, un traitement antirétroviral est administré à l'enfant. Ce traitement est poursuivi pendant six semaines.

Après cette période, l'arrêt du traitement est généralement proposé pour les enfants asymptomatiques ayant une charge virale < à 10 000 copies par ml de sang et une proportion de lymphocytes CD4 > à 25 %.

Lorsque l'enfant présente des symptômes, une multithérapie avec antiprotéases peut être proposée. Les contraintes de ces traitements – goût, présentation, horaires de prise – rendent souvent l'observance difficile, ce qui peut diminuer leur efficacité. Un soutien aux familles est souvent nécessaire pour une meilleure prise en charge de l'enfant.

La prévention des infections opportunistes repose principalement sur l'administration de cotrimoxazole en prévention de la pneumocystose et de la toxoplasmose, mais aussi de certaines infections bactériennes. Des perfusions mensuelles d'immunoglobulines intraveineuses peuvent être proposées pour renforcer l'immunité.

Suivi

La surveillance d'un enfant atteint par le VIH a pour objectifs le contrôle clinique et biologique, la prévention des infections opportunistes, la recherche d'une encéphalopathie, l'appréciation de l'état nutritionnel de l'enfant et l'évaluation du contexte psychosocial. Le suivi biologique repose sur l'évolution des taux de lymphocytes CD4, reflet de la qualité des

défenses immunitaires, et sur la mesure de la charge virale, évaluant la quantité de virus présents dans le plasma.

La mise sous traitement au long cours impose des visites régulières, mensuelles ou bimestrielles, pour contrôler la tolérance des médicaments et leur efficacité. L'enfant doit donc fréquemment subir des visites médicales, des prélèvements plus ou moins douloureux, des examens complémentaires, dont souvent il ne comprend pas l'intérêt. Fournir à l'enfant des informations claires sur son état de santé est toujours très délicat. Cela dépend de son niveau de compréhension et, surtout, des réticences de ses parents, fondées sur le désir de le protéger et par la crainte d'une rupture de la confidentialité.

Les éléments de pronostic reposent sur des constatations cliniques et biologiques. L'apparition de signes neurologiques précoces et de surinfections bactériennes peut annoncer une évolution rapide de la maladie, de même que la survenue d'infections secondaires telles que pneumocystoses, candidoses récidivantes, diarrhées dues à des cryptosporidies, bécégités et infections virales franches. Des anomalies sérieuses de l'immunité, une charge virale très élevée témoignant d'une forte multiplication du VIH, ont une valeur pronostique identique.

Le taux normal de lymphocytes CD4 chez l'enfant dépend de son âge. Les nouveau-nés et les jeunes enfants ont des taux supérieurs aux normes adultes. Il faut en tenir compte dans l'appréciation du déficit immunitaire.

Aspects juridiques et sociaux

L'amélioration de la qualité des traitements et des soins ne se conçoit pas sans la prise en compte plus globale du bien-être social des personnes. La mobilisation des efforts doit se faire autour de deux axes :

- le respect du droit au travail, l'accès aux droits sociaux et aux soins, l'accès au logement ou à l'hébergement, le maintien des ressources des malades ;
- le développement de toutes les actions possibles de prévention et de soins en direction des populations défavorisées. La lutte contre les discriminations et les exclusions est le fil conducteur de ces actions.

Repères chronologiques

Dès le début de l'épidémie, des attitudes irrationnelles se traduisant par le rejet des personnes atteintes par le VIH se sont manifestées. De nombreuses personnes ont été exclues de leur travail, de leur lieu de vie, parfois du milieu scolaire. En France, la volonté des pouvoirs publics a toujours été de lutter contre tout risque d'exclusion des personnes atteintes.

La législation

La première circulaire concernant l'infection par le VIH date du 20 juin 1983. Émise par la Direction générale de la santé (DGS), elle est relative à la prévention de l'éventuelle transmission du sida par la transfusion sanguine : " Le sida pourrait être dû à un agent infectieux dont la transmission par le sang et les produits dérivés du sang a pu être suspectée mais non établie. "

Le 20 janvier 1988, paraît la circulaire n° 85 relative à la mise en place d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit.

Si des mesures ont été prises dans le domaine de la lutte contre le sida, il est important de préciser qu'aucune loi exclusivement consacrée au sida n'a été mise en place, de façon à éviter la stigmatisation des personnes contaminées. L'infection par le VIH relève de dispositions spécifiques et de la législation générale.

La lutte contre les fléaux sociaux fait partie des missions du droit français (Livre III du Code de la santé publique). Depuis le 30 juillet 1987, ce livre comporte un titre VII intitulé : “ Lutte contre l’infection par le virus de l’immunodéficience humaine ”.

La lutte contre la discrimination

La loi du 12 juillet 1990, relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap, a renforcé une loi déjà existante concernant le racisme, les discriminations sexuelles ou religieuses. Une personne s'estimant victime d'une discrimination peut se constituer partie civile et demander à une association de défense des droits de soutenir sa plainte (notamment à certaines associations de lutte contre le sida).

Le Fonds d'indemnisation

Un dispositif d'indemnisation a été mis en place pour les personnes contaminées à la suite d'une transfusion de produits sanguins ou d'une injection de produits dérivés du sang (c'est-à-dire les personnes transfusées ou hémophiles). Ce dispositif concerne aussi leurs proches, contaminés ou non, ayant subi un préjudice et, en cas de décès, leurs ayants droit (loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991, art. 47).

Les demandes d'indemnisation doivent être faites par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Fonds d'indemnisation. Elles doivent apporter la preuve de la contamination par le VIH et de l'administration de produits sanguins, ainsi que des éléments permettant d'évaluer le préjudice.

La Commission d'indemnisation vérifie que les conditions d'indemnisation sont réunies et peut procéder à des investigations sans que puisse lui être opposé le secret professionnel. Elle a ainsi la possibilité d'auditionner le demandeur ou de lui demander un examen médical. Les victimes ou leurs ayants droit peuvent se faire assister, à tout moment, par une personne de leur choix, notamment un médecin pour l'examen médical éventuel.

La Commission dispose d'un délai de trois mois pour instruire le dossier et d'un maximum de six mois pour faire une proposition d'offre d'indemnisation par lettre recommandée avec accusé de réception. Si la demande est admise, la Commission est tenue de verser une ou plusieurs

provisions dans un délai d'un mois. En cas de refus, celui-ci doit être motivé et le demandeur dispose alors d'un droit de recours auprès de la cour d'appel de Paris puis, éventuellement, devant la cour de cassation. Les indemnités reçues sont exclues de la base de calcul des droits de succession des victimes.

Fonds d'indemnisation

BP 115

94303 Vincennes Cedex

Tél. : 01 43 98 78 78

Le droit du travail

Les personnes vivant avec le VIH, qu'elles soient salariées du secteur public ou privé, se heurtent souvent à des difficultés d'accès à l'emploi ou d'adaptation du poste de travail. Cependant, avec les progrès thérapeutiques, les personnes atteintes par le VIH peuvent continuer à travailler ou reprendre une activité professionnelle.

Travail et infection par le VIH

Une personne atteinte par le VIH ne présente aucun risque ni pour elle-même ni pour son entourage dans son milieu de travail. Lorsque les défenses immunitaires diminuent et que les symptômes apparaissent, les conséquences varient en fonction de chacun et de la nature de l'emploi occupé.

La plupart des postes de travail n'exposent pas le salarié atteint par le VIH à un risque particulier, hormis certaines situations comme le fait de travailler dans un service de maladies contagieuses. Cette situation peut être contre-indiquée pour la personne dont le système immunitaire devient déficient.

Cependant, dans l'entreprise, la rentabilité et la productivité constituent, en général, un objectif premier. Dans ce cadre, il y a souvent peu de place pour la maladie ou le handicap, bien que ceux-ci soient pris en compte par le droit du travail, conformément à la loi du 10 juillet 1987.

Le Code du travail ne prévoit aucune législation particulière au sujet de l'infection par le VIH. Celle-ci doit être considérée au même titre que toute autre maladie.

L'embauche

En aucun cas le demandeur d'emploi n'a à produire les résultats d'un test de dépistage des anticorps anti-VIH (loi n° 90-602).

Lors de l'embauche, outre les diplômes et les certificats de travail, l'employeur demande au salarié sa carte de Sécurité sociale. Cette carte comporte des informations confidentielles (notamment sur les ayants droit ou la prise en charge à 100 %). Ces informations ne concernent ni les employeurs ni l'ANPE. Pour justifier de la qualité d'assuré social, la caisse de Sécurité sociale délivre, à la demande, une carte ne comportant pas de mentions spécifiques ou une attestation d'immatriculation.

La séropositivité ne peut être un motif de refus d'admission à un emploi, à un concours ou à une titularisation. Les discriminations à l'embauche sont réprimées pénalement. Un employeur ne peut refuser de recruter un candidat en raison de sa maladie, sauf si ce refus est fondé sur une inaptitude physique constatée par le médecin du travail (loi n° 92-1446 du 31 décembre 1992, art. L. 122-45 du Code du travail).

Dans l'administration, les ministères de la Santé et de la Fonction publique précisent que, si la séropositivité d'un individu était établie et venait à être connue, elle ne pourrait justifier aucune décision de refus ni pour une admission à concourir ni pour un recrutement ou une titularisation (circulaire du 6 juillet 1989).

Le médecin du travail

Les visites médicales ont pour but de rechercher si la personne est médicalement apte au poste de travail auquel elle est ou sera affectée. Le test de dépistage systématique n'est ni justifié ni autorisé.

L'article R. 241-52 du Code du travail prévoit que le médecin du travail peut prescrire des examens complémentaires nécessaires au dépistage des affections comportant une contre-indication au poste de travail. Le Code de la santé publique (art. L. 215 et L. 216) impose la vaccination par le BCG pour certains postes. Depuis le décret n°96-775 du 5 septembre 1996 relatif à la vaccination par le BCG, les personnes présentant une contre-indication à ce vaccin, et notamment les personnes atteintes par le VIH, sont dispensées de cette obligation sur présentation d'un certificat médical.

À l'issue de chaque examen médical, le médecin du travail établit une fiche d'aptitude en deux exemplaires, un pour le salarié, un pour l'employeur. Cette fiche mentionne l'aptitude partielle, totale ou l'inaptitude. Elle ne doit comporter aucun renseignement confidentiel tel que la nature ou l'origine de l'inaptitude (art. R. 241-57 du Code du travail). Elle ne doit donc jamais mentionner l'éventuelle séropositivité.

Le rôle du médecin du travail est prépondérant. Il peut proposer un aménagement du temps de travail ou une affectation à un autre poste, en accord avec la personne concernée. Étant tenu au secret professionnel, le médecin du travail ne peut en aucun cas transmettre d'informations confidentielles à l'employeur (en dehors des accidents du travail et des maladies professionnelles). Il a un rôle précieux auprès du salarié en vue de la conservation de son emploi.

L'adaptation du poste

Si l'état de santé du salarié ne lui permet plus d'accomplir sa tâche professionnelle, le médecin du travail peut être amené à préconiser une adaptation du poste (horaires de jour, poste exposant moins au bruit...). Il s'agit alors d'un reclassement professionnel. Toutefois, il est recommandé d'être vigilant afin que ce reclassement ne se transforme pas en "déclassement".

Les arrêts maladie

L'apparition de symptômes peut entraîner des absences du poste de travail. Celles-ci doivent faire l'objet d'arrêts maladie signalés à l'employeur et à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) sous quarante-huit heures. Une absence injustifiée peut avoir des conséquences graves (rupture de versement des indemnités journalières). Comme pour toute autre maladie, le cadre légal du droit du travail assure la protection du salarié lorsqu'il doit s'absenter périodiquement. Dans le cas d'une absence excédant vingt et un jours, une visite médicale doit avoir lieu lors de la reprise du travail. Le refus de s'y soumettre peut constituer une cause de licenciement.

L'interruption de travail

Lorsque des symptômes apparaissent et que le salarié doit s'absenter périodiquement, sa protection est assurée dans le cadre légal du droit du travail.

Le temps partiel à caractère thérapeutique

Suite à un arrêt maladie, le médecin du travail, en accord avec le médecin de la Sécurité sociale et l'employeur, peut proposer au salarié une reprise progressive de l'activité professionnelle dans le cadre du mi-temps thérapeutique (plus exactement le temps partiel à caractère thérapeutique). Cette mesure est limitée à un an maximum. Les indemnités journalières complètent le salaire versé par l'employeur.

Le congé longue maladie

Au quatrième mois d'arrêt de travail ininterrompu, le médecin-conseil de la Sécurité sociale examine le dossier de l'assuré et étudie, s'il y a lieu, la possibilité d'un passage en " longue maladie ".

Avant le sixième mois d'arrêt de travail, le centre de Sécurité sociale réexamine les droits de l'assuré. Si les cotisations versées par l'assuré avant l'arrêt de travail ont été suffisantes, les indemnités journalières seront versées au-delà du sixième mois ; sinon, elles s'arrêteront au sixième mois.

Pour un assuré atteint d'une affection grave dite " affection longue durée " (ALD), ce qui est le cas de l'infection par le VIH, les indemnités journalières peuvent être versées, en continu, pendant une durée de trois ans. Au-delà, les personnes peuvent avoir droit, sous certaines conditions, à une pension d'invalidité. Dans le cas contraire, une demande de revenu minimum d'insertion (RMI) ou d'allocation adulte handicapé (AAH) peut être envisagée.

Pour les fonctionnaires, depuis décembre 1996, le sida ouvre le droit au congé longue durée, soit trois ans à plein traitement, suivis de deux ans à demi-traitement.

Le retour à l'emploi

Certaines personnes atteintes par le VIH, qui avaient dû cesser toute activité professionnelle à cause de la maladie, ont vu leur état de santé considérablement amélioré grâce aux multithérapies. Des perspectives d'une insertion sociale ou professionnelle s'ouvrent à nouveau. Cependant, il est conseillé aux personnes atteintes par le VIH qui postulent à un retour

à l'emploi de s'adresser à une structure d'insertion ou aux services sociaux des associations de lutte contre le sida.

Pour certains, le statut de travailleur handicapé peut permettre de bénéficier d'une formation professionnelle et d'envisager un retour progressif à l'emploi. Il est conseillé aux personnes atteintes par le VIH qui postulent à un retour à l'emploi.

Le licenciement

Il ne peut y avoir de licenciement au seul motif de la séropositivité, pas plus que pour des raisons de jugement relatif à un mode de vie, que la connaissance d'une séropositivité pourrait entraîner. Il s'agirait alors d'un acte de discrimination. En cas de contestation de la légitimité d'un licenciement, le salarié doit saisir l'inspecteur du travail.

Un employeur peut cependant licencier un salarié lorsque ses absences répétées ou son inaptitude au poste de travail nécessitent un remplacement, ou encore en cas de faute (ne pas prévenir son employeur d'un arrêt de travail, par l'envoi d'un formulaire dans les quarante-huit heures, peut être considéré comme un abandon de poste). Si des arrêts longs et répétitifs sont à prévoir, il peut être préférable pour le salarié de demander un congé longue maladie.

Personnel soignant atteint par le VIH

D'après un rapport établi à la demande des commissions de la Communauté européenne (Lafontaine 1987), il n'y a pas lieu d'exclure du travail le personnel soignant atteint par le VIH s'il respecte, comme chaque salarié, les mesures de sécurité prescrites.

Les assurances

De nombreuses personnes atteintes par le VIH rencontrent des difficultés pour souscrire des assurances vie, malgré l'existence de la convention signée le 3 septembre 1991 entre les pouvoirs publics et les représentants des entreprises d'assurances.

Les prêts immobiliers ou professionnels

La convention du 3 septembre 1991 (modifiée en octobre 1993) permet aux personnes atteintes par le VIH, n'ayant pas de sida déclaré, de souscrire l'assurance vie requise dans le cadre des prêts immobiliers ou professionnels, moyennant un taux d'intérêt plus élevé. Le montant du prêt ne peut excéder un million de francs, pour une durée de cinq à dix ans.

Les informations relatives à l'état de santé

Les informations relatives à l'état de santé sont soumises aux principes de confidentialité. Un questionnaire médical est rempli par l'assuré et transmis au médecin de la société d'assurance, qui est lui-même tenu au secret professionnel.

Les compagnies d'assurances se sont engagées à ne faire aucune référence à la vie privée et à ne poser que deux questions relatives au VIH :

- avez-vous ou non subi un test de dépistage de la séropositivité ? si oui indiquez le résultat du test et sa date ;
- avez-vous eu une infection conséquente d'une immunodéficience acquise ?

Ces dispositions relatives aux informations médicales sont applicables à l'ensemble des contrats nécessitant un contrôle de l'état de santé (complémentaire maladie, assurance des emprunteurs...).

Pour tous renseignements, s'adresser :

- au Centre de documentation et d'information de l'assurance
2, rue de la Chaussée-d'Antin
75009 Paris
Tél. : 0 800 41 02 47 (n° vert) ;
- aux associations de lutte contre le sida ;
- au Comité de suivi " Assurance et sida "
Commission de la sécurité des consommateurs
Tour de Lyon
185, rue de Bercy
75012 Paris.

La protection sociale

L'infection par le VIH n'est pas en soi une maladie, mais un état impliquant la perspective d'une maladie qui peut provoquer des situations de désinsertion sociale par l'incapacité de travailler, de conserver son logement et, dans certains cas, de garder une couverture sociale suffisante. Il est important de protéger les droits fondamentaux et de lutter contre le renforcement des précarités et la perte de la dignité qu'elles peuvent engendrer.

L'accès aux droits

L'accès aux droits sociaux est subordonné soit :

- à une cotisation obligatoire dépendant de l'activité professionnelle ;
- à une adhésion au régime d'assurance personnelle ;
- à une situation particulière : chômeurs indemnisés, personnes en périodes de maintien de droit, certains allocataires ou pensionnés d'invalidité, stagiaires en formation, appelés libérés du contingent, ex-détenus, etc. ;
- à la qualité d'ayant droit d'un assuré social.

Les personnes non assujetties à un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent cotiser à l'assurance personnelle. Le montant de la cotisation est évalué en fonction des revenus et peut être pris en charge par l'aide sociale. La demande, notamment pour les jeunes de moins de 25 ans, est à effectuer auprès du centre communal d'action sociale (CCAS) dont dépend le domicile.

La loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 étend la notion d'ayant droit aux personnes vivant depuis au moins un an avec l'assuré, à la charge effective et permanente de celui-ci et ne bénéficiant d'aucune couverture sociale. Une attestation sur l'honneur, cosignée, est à adresser au centre de Sécurité sociale dont dépend l'assuré.

Les jeunes de moins de 25 ans peuvent être affiliés à l'assurance personnelle s'ils répondent aux conditions de ressources et de résidence pour l'attribution du RMI (bien qu'ils ne puissent toujours pas obtenir le versement du RMI). Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992.

La prise en charge à 100 %

Depuis 1986, le sida est inscrit au tableau des affections longue durée (ALD) (décret n° 86-1380 du 31/12/86) et, depuis mars 1993, toute personne atteinte par le VIH peut bénéficier d'une prise en charge à 100 % si ses droits sont ouverts.

Cette mesure, impliquant l'exonération du ticket modérateur, ne concerne que les soins liés à l'infection. Il est recommandé de conserver une mutuelle. En cas d'hospitalisation, le forfait journalier reste à la charge de l'assuré ou de sa mutuelle. Si le patient n'en bénéficie pas, l'aide sociale peut intervenir, sous conditions de ressources.

Durant leur grossesse, les femmes enceintes atteintes par le VIH bénéficient, si elles le souhaitent, de la prise en charge à 100 %, tout comme leurs enfants jusqu'au deuxième anniversaire.

La demande de prise en charge à 100 % est effectuée par le médecin traitant. Environ, un mois après la demande, l'assuré reçoit la notification de l'exonération du ticket modérateur et divers documents spécifiques à utiliser. Leur renouvellement demande un certain délai qu'il est nécessaire de prévoir pour éviter d'avoir à faire l'avance du ticket modérateur.

Le maintien des droits sociaux

En cas de cessation d'activité, les droits sociaux sont maintenus durant une période de douze mois. Les périodes de chômage indemnisé prolongent les droits au même titre qu'une activité salariée.

Cependant, afin d'éviter que l'assuré ne soit confronté à une rupture de droits sociaux ou à une absence totale de ressources, les démarches pour obtenir la nouvelle couverture sociale et les revenus de substitution (AAH, RMI), doivent être entreprises bien avant la fin du maintien des droits, compte tenu des délais d'attente.

La pension d'invalidité

Une pension d'invalidité peut être versée à l'assuré lorsqu'il a épuisé ses droits aux indemnités journalières (au-delà des trois ans de prise en charge) ou avant, si le médecin-conseil de la Sécurité sociale considère que l'état de santé de la personne le justifie.

Le Fonds national de solidarité et l'allocation adulte handicapé peuvent compléter la pension si le montant de celle-ci est insuffisant.

L'aide sociale

Un certain nombre de personnes touchées par le VIH, se trouvent dans des situations marginales et ne bénéficient pas toujours de prestations sociales. Il est donc souhaitable qu'une véritable coopération s'établisse entre professionnels de la santé et professionnels du travail social, le plus souvent représentés dans les institutions de soins par l'assistant(e) social(e).

L'allocation adulte handicapé

L'allocation adulte handicapé (AAH) permet d'assurer un minimum de ressources aux personnes handicapées qui ne peuvent, du fait de leur handicap, trouver un emploi et qui ne peuvent prétendre à la pension d'invalidité de la Sécurité sociale. Depuis le 1^{er} janvier 1994, l'AAH est accessible aux personnes dont le taux d'incapacité permanente, déterminé par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep) est au moins égal à 50 %.

Le calcul du montant de l'AAH se fait sur la base du dernier avis d'imposition. En cas de diminution subite des ressources, ces revenus peuvent ne pas être pris en compte ou être pris en compte partiellement.

Les formulaires concernant l'allocation d'adulte handicapé sont à demander à la Cotorep, au centre communal d'action sociale (CCAS) ou à la caisse d'allocations familiales (Caf). La demande comporte un volet administratif et un volet médical qui doivent être remplis simultanément afin d'accélérer la procédure. La partie médicale est à remplir avec beaucoup de précision par le médecin traitant et à compléter, le cas échéant, par un courrier mettant en avant les difficultés psychosociales de la personne concernée, ou celles liées aux effets des traitements.

Les demandes sont à adresser à la Cotorep du département de résidence. Pour accélérer la procédure, il est nécessaire que le médecin traitant signale la situation de son patient au médecin de l'équipe technique de la deuxième section de la Cotorep, qui soumettra en priorité le dossier à la Commission (circulaire DGS n° 44 du 17 juin 1991). La Cotorep examine la validité médicale et détermine le taux d'invalidité.

L'AAH ouvre le droit à l'assurance maladie et à l'allocation logement. Les bénéficiaires de l'AAH dont l'état de santé nécessite l'aide constante d'une tierce personne peuvent percevoir une allocation compensatrice, gérée par l'aide sociale.

La Caisse d'allocations familiales ou la mutualité sociale agricole (MSA) vérifie que les conditions administratives sont effectivement remplies et verse mensuellement les allocations.

Depuis la loi n° 98-349 du 11 mai 1998 (article 42), l'AAH n'est plus subordonnée à une condition de nationalité.

La carte d'invalidité

Cette carte est délivrée par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Le formulaire de demande est disponible auprès des services sociaux. Un volet médical, justifiant la demande, est à remplir par un médecin. Cette carte donne droit à certains avantages fiscaux et à des facilités en matière de transport sur les réseaux de la RATP et de la SNCF.

L'aide médicale

L'aide médicale est une aide sociale légale qui relève de la solidarité nationale, mais les conditions pour y accéder sont fixées par les départements. Elle s'adresse aux personnes qui ne peuvent faire face aux dépenses médicales. Elle s'obtient auprès du CCAS de la mairie dont dépend le demandeur.

Pour les personnes sans résidence stable, l'aide médicale dépend directement de l'État. Elles doivent solliciter une association agréée pour assurer leur domiciliation. La circulaire DAS n° 96-64 du 17 octobre 1996 invite à réduire la constitution du dossier " à un minimum d'informations essentielles mais obligatoires ".

Les demandes d'aide sociale doivent être instruites sans aucune exception et ne peuvent faire l'objet d'un refus d'instruction par un quelconque guichet (circ. du ministère des Affaires sociales, n° 9508 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies).

L'aide médicale pour les soins délivrés en établissement de santé (appelée aussi aide médicale hospitalière), attribuée en fonction des ressources du demandeur, peut couvrir les frais d'hospitalisation, le ticket modérateur, le forfait journalier et également les prescriptions délivrées en consultation externe. La demande doit être impérativement effectuée au moment de l'hospitalisation ; aucune demande de prise en charge rétroactive n'est prise en compte. Il est nécessaire d'en informer les personnes concernées dès leur premier contact avec une structure de soins, lors de l'accueil. Les personnes étrangères en situation irrégulière peuvent bénéficier de l'aide médicale hospitalière sans condition de durée de résidence en France.

L'aide médicale en médecine de ville (appelée aussi aide médicale à domicile) permet aux patients de bénéficier durant un an, renouvelable, de consultations médicales, d'examens, d'analyses et de médicaments. Le praticien doit être conventionné par l'aide médicale. Une demande particulière doit être effectuée pour les prothèses, les appareillages et le transport en ambulance. Les délais d'attribution sont généralement longs (environ 4 mois), mais une aide d'urgence peut être attribuée. En cas de refus de l'aide médicale, le demandeur bénéficie d'un délai de deux mois pour faire appel.

Carte santé

Dans certains départements, une " carte santé " peut être obtenue auprès de la mairie du domicile. Elle simplifie les procédures, regroupe les prestations d'aide médicale et s'obtient également auprès des CCAS.

L'allocation d'éducation spéciale

Les personnes qui assument la charge d'un enfant atteint d'une maladie longue durée ou d'un handicap peuvent bénéficier de l'allocation d'éducation spéciale (AES) versée par la caisse d'allocations familiales. Cette allocation, qui peut être obtenue pour un enfant atteint d'infection par le VIH, a été conçue pour aider les familles à faire face aux frais supplémentaires entraînés par la maladie et pour permettre, dans toute la mesure du possible, le maintien de l'enfant à domicile.

L'imprimé de la demande d'allocation est à retirer soit auprès de la commission départementale de l'éducation spéciale (CDES), soit auprès de

la caisse d'allocations familiales. La demande doit être déposée auprès de la CDES. Renseignements auprès de la mairie du domicile.

Le revenu minimum d'insertion

Le revenu minimum d'insertion (RMI) permet aux personnes de plus de vingt-cinq ans (ou moins si elles ont des enfants à charge), résidant en France, de nationalité française ou étrangère mais titulaires d'un titre de séjour, de bénéficier d'un minimum de ressources.

Ce dispositif ouvre un double droit :

- un droit au revenu minimum ;
- un droit à l'insertion sociale et professionnelle. Cette dernière est définie dans le cadre d'un contrat, prévu par la loi, entre l'intéressé et la commission locale d'insertion (CLI).

Les personnes sans domicile stable peuvent solliciter une association agréée pour assurer leur domiciliation.

Le RMI ouvre des droits à l'allocation logement et à la couverture sociale (Sécurité sociale) pour le demandeur et ses ayants droit. Dans le cadre du plan pauvreté précarité, les bénéficiaires du RMI peuvent obtenir une aide pour les fournitures d'eau et d'énergie domestique.

Selon les ressources des personnes, l'allocation est versée en totalité ou en partie. Le calcul du montant de l'allocation se fait sur les ressources des trois mois précédent la première demande puis est actualisé tous les trois mois.

La loi prévoit que les allocataires s'engagent à participer à des actions d'insertion sociale ou professionnelle, qui sont définies lors de la signature du contrat, par exemple : s'inscrire dans une dynamique de soins, bénéficier d'un accompagnement social.

Les centres de premier accueil médical

Souvent, dans les grandes villes, des centres de premier accueil médical existent et dispensent des soins entièrement gratuits pour les personnes échappant au système de couverture et d'aide sociale. La finalité de ces centres, créés par des organisations non gouvernementales, est de permettre aux personnes désinsérées l'accès au système de santé.

Le maintien à domicile et l'hébergement

Pour les personnes malades, un logement ou un hébergement assuré, facilitent la prise en charge et représentent un point de repère stable lorsque l'univers quotidien se fragilise. Cependant, le maintien à domicile des personnes malades peut nécessiter l'intervention de l'assistant(e) social(e), de travailleuses familiales ou d'aides ménagères. Si le maintien à domicile n'est plus possible, l'hébergement peut se faire dans différents types structures.

Un logement adapté

Avec l'évolution de la maladie, le logement peut se révéler inadapté : logement en étage sans ascenseur, éloigné des commerces, des transports en commun, des lieux de soins ou des services publics, représentant un coût élevé lorsque les ressources diminuent... Bien souvent, la personne malade désire conserver le plus longtemps possible son logement, y compris en envisageant des soins à domicile, voire une hospitalisation à domicile.

Les aides au logement

Les personnes ayant de faibles revenus peuvent bénéficier de différentes allocations pour le logement : l'allocation de logement familiale (pour les familles avec enfants à charge), l'aide personnalisée au logement (APL), l'allocation de logement sociale (ALS). Ces allocations, bien qu'elles soient versées par la caisse d'allocations familiales, ne concernent pas uniquement les familles.

L'allocation de logement sociale, limitée jusqu'en 1992 à certaines catégories de personnes, est maintenant ouverte, sous conditions de ressources, à celles qui n'ont pas droit à un autre type d'allocation logement.

Les personnes défavorisées peuvent faire appel au plan d'occupation du patrimoine social (Pops) pour obtenir un logement. Le Fonds de solidarité logement (FSL), institué dans chaque département, permet d'obtenir une aide financière pour l'entrée ou le maintien dans les lieux (avance de caution et/ou du premier mois de loyer, forfait d'installation, forfait d'équipement, aide au paiement des impayés de loyer), dans le cadre d'un accompagnement social lié au logement.

Le logement social

Si les démarches pour effectuer une demande de logement social ne sont pas très complexes, les délais d'attente sont longs, notamment pour une personne dont l'état de santé peut se fragiliser rapidement.

Les critères d'attribution d'un logement social sont insuffisamment adaptés au contexte de la maladie et, surtout, à la précarité sociale dans laquelle vit un nombre croissant de personnes. L'insertion professionnelle, souvent exigée, ne correspond guère à la situation réelle de certains patients qui ne sont plus, ou pas encore, en mesure de s'inscrire dans une telle démarche. Cependant, comme pour le RMI, l'insertion dans un dispositif de soins doit être prise en compte comme une démarche d'insertion sociale.

La demande de logement doit être traitée par les services concernés, en tenant compte de l'urgence médicale et en préservant la confidentialité. Il faut en moyenne un an pour qu'une demande de logement social aboutisse. Aussi cette demande doit toujours être mise en œuvre suffisamment à l'avance en cas de risques d'expulsion.

Soins et aide à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) interviennent sur prescription médicale et assurent les soins infirmiers et d'hygiène corporelle (*nursing*). Ils peuvent intervenir directement chez le malade ou dans des structures d'accueil (centres de postcure, centres d'hébergement...).

Les personnes dont l'état de santé entraîne une dépendance importante dans l'accomplissement des actes de la vie courante peuvent obtenir une aide à domicile pour la préparation des repas, les soins d'hygiène, les courses, le lavage, le repassage, etc. (circulaire DGS/DS du 8 janvier 1996 relative à l'aide à domicile auprès des patients atteints par le VIH-sida). La demande est à faire auprès d'un service social (CCAS à la mairie du domicile) ou médical (service social hospitalier) ou encore auprès d'une association d'aides ménagères. Les frais sont en partie pris en charge par l'État ; la personne participe en fonction de ses ressources.

Les maisons de repos

Aujourd'hui, les maisons de repos accueillent, sur prescription médicale, des patients présentant une des formes de l'infection par le VIH. Beaucoup d'entre elles se sont adaptées aux besoins des patients. Malheureusement, les places sont souvent insuffisantes.

Les appartements de coordination thérapeutique

Ces appartements offrent un hébergement provisoire en général pour une durée de trois mois à un an. L'intervention de professionnels médicaux et paramédicaux et de travailleurs sociaux permet d'améliorer la situation des résidants (traitement médical, logement, prestations, démarches administratives, emploi) et de faciliter leur réinsertion sociale. Chaque résidant conserve ses propres référents médicaux et sociaux dont l'action est coordonnée par l'association et peut bénéficier de prestations spécifiques à domicile (services de soins infirmiers, aides ménagères, hospitalisation à domicile). L'hébergement est assuré aussi bien en Ile-de-France qu'en province. Les demandes d'accueil en appartements thérapeutiques sont supérieures au nombre de places disponibles.

Une circulaire précise les fonctions de ces appartements et leur financement (circulaire n° 65 du 17/08/94, relative à la mise en place d'un programme expérimental de structures d'hébergement pour personnes malades du sida).

Les appartements-relais

Les personnes en difficulté mais dont l'état de santé permet une vie autonome, peuvent être accueillies en appartements-relais pour une durée de un à dix-huit mois pendant laquelle elles bénéficient d'un accompagnement social.

Les centres d'hébergement et de réadaptation sociale

Les centres d'hébergement et de réadaptation sociale (CHRS) ont pour mission d'accueillir des personnes en situation de difficulté et de détresse sociale. L'admission en CHRS n'est pas soumise à une condition de régularité de séjour en France (art. 186 du Code de la famille et de l'aide sociale). Ces structures ont un rôle très important dans l'accompagnement des personnes en grande difficulté.

Bien que n'ayant pas de vocation médicale, certains centres ont fait le choix d'adapter leurs locaux, de former leur personnel à la prise en charge des personnes atteintes par le VIH. Les résidants peuvent bénéficier, au besoin, de prestations à domicile (services de soins infirmiers, aides ménagères, hospitalisation à domicile).

Face au développement des processus de précarisation et à l'inadaptation des dispositifs existants pour répondre aux demandes de logement (délais d'attente, critères d'attribution), certaines associations ont mis en place des actions dans le domaine de l'hébergement, afin de limiter les situations de rupture sociale.

Droits des personnes étrangères

Par méconnaissance de leurs droits, les personnes " sans papiers " ou possédant un titre de séjour provisoire, ne sollicitent pas toujours l'aide médicale. Elles se retrouvent souvent dans des situations très dégradées qui accentuent leur fragilité et leur précarité sociale.

L'article 186 du Code de la famille

L'article 186 du Code de la famille et de l'aide sociale précise que l'aide médicale est accessible, en droit, à toute personne résidant en France, quelle que soit sa situation administrative (alinéa 3). Certaines dispositions sont réservées aux personnes en situation administrative régulière (alinéas 4 et 5).

Article 186 du Code de la famille

" Les personnes de nationalité étrangère bénéficient dans les conditions prévues aux titres II, III et III *bis* :

- 1) des prestations d'aide sociale à l'enfance ;
- 2) de l'aide sociale en cas d'admission dans un centre d'hébergement et de réadaptation sociale ;
- 3) de l'aide médicale en cas de soins dispensés par un établissement de santé ou de prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe ;
- 4) de l'aide médicale à domicile, à condition qu'elles justifient soit d'un titre exigé des personnes de nationalité étrangère pour séjourner

régulièrement en France, soit d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins trois ans ;

5) des allocations aux personnes âgées et aux infirmes, prévues aux articles 158 et 160, à condition qu'elles justifient d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins quinze ans avant soixante-dix ans. ”

Les demandeurs d'asile

Les demandeurs d'asile sont confrontés à des difficultés administratives complexes et ignorent souvent leurs droits à l'assurance maladie-maternité et à l'aide médicale.

Les demandeurs d'asile doivent s'inscrire à l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), puis à l'Assedic pour percevoir l'allocation d'insertion. La double admission à la Sécurité sociale et à l'aide médicale leur permet d'accéder à l'ensemble des dispositifs de soins.

Les personnes malades en séjour irrégulier

L'article 5 de la loi n° 98-349 du 11 mai 1998, relative à l'entrée et au séjours des étrangers en France, rend désormais possible l'attribution d'une carte de séjour temporaire portant la mention “ vie privée et familiale ” “ à l'étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse effectivement bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire. ”. Cette carte donne droit à l'exercice d'une activité professionnelle.

Parallèlement, l'article 37 de cette même loi stipule que le tribunal ne peut prononcer l'interdiction du territoire français “ que par une décision spécialement motivée au regard de la gravité de l'infraction et de la situation personnelle et familiale de l'étranger condamné [...] lorsqu'est en cause [...] un condamné étranger résidant habituellement en France dont l'état de santé nécessite une prise en charge médicale dont le défaut pourrait entraîner pour lui des conséquences d'une exceptionnelle gravité, sous réserve qu'il ne puisse bénéficier d'un traitement approprié dans le pays dont il est originaire. ”

Les possibilités de suivre un traitement approprié dans un pays de renvoi éventuel seront appréciées individuellement, en tenant compte de la possibilité réelle d'accès aux soins et non pas d'une évaluation générale du niveau sanitaire du pays.

Si l'étranger fait l'objet d'une interdiction du territoire, il sera assigné à résidence. Pour être régularisé, il devra obtenir le relèvement de son interdiction judiciaire du territoire auprès de la juridiction compétente.

Il est conseillé aux étrangers en irrégularité de séjour de s'adresser à un service juridique associatif afin d'être aidé et accompagné pour envisager les démarches nécessaires pour une régularisation.

Sans attendre le résultat de ces démarches, les personnes malades en irrégularité de séjour ont intérêt à demander l'aide médicale pour bénéficier de l'ensemble des soins nécessaires, notamment à l'hôpital.

La prise en charge des enfants

Dès sa naissance, l'enfant né de mère atteinte par le VIH est pris en charge par plusieurs intervenants qui, avec les parents, veillent à sa santé, à son bien-être et à son éducation.

Milieux de vie

La famille est, quand cela est possible, le lieu privilégié pour cette prise en charge psychologique et sociale de longue durée. Plusieurs associations proposent un accompagnement pour aider les familles à surmonter certaines difficultés.

La prise en charge des enfants et le soutien apporté à leurs familles relèvent aussi de la responsabilité des services de l'Aide sociale à l'enfance (ASE).

Au quotidien, un enfant atteint par le VIH, quand il est asymptomatique, ne nécessite pas de soins particuliers. Il peut être accueilli dans des lieux de garde, être scolarisé et mener une vie collective normale.

Pour faire face aux situations complexes, une prise en charge ambulatoire et multidisciplinaire est toujours préférable. Il est utile d'identifier les réseaux et les partenaires avec lesquels une collaboration peut s'instaurer. L'hospitalisation systématique reste déconseillée.

Le respect du secret

Les principes généraux du respect du secret professionnel et des droits de l'enfant et de sa famille doivent être appliqués. Ce sont les parents qui sont responsables de la santé de leur enfant. Toute initiative des professionnels concernant un enfant doit être l'objet d'une concertation avec ses parents.

L'accueil d'un enfant né de mère atteinte par le VIH pose très vite le problème de l'attitude à l'égard du personnel de la crèche, de l'assistante maternelle, de l'école, etc. L'équipe médicale a le devoir de préserver le secret que les parents ont bien voulu lui confier. Cette situation est souvent mal vécue par le personnel social ou éducatif qui, pour mieux répondre aux besoins de l'enfant, désire être informé de sa santé et de son histoire familiale. Il faut cependant pouvoir accepter d'accueillir un enfant sans tout connaître de lui.

L'accueil en collectivité

Les mesures d'hygiène habituelles dans les collectivités d'enfants doivent être systématiquement appliquées indistinctement à tous les enfants :

- désinfection et pansement des plaies ;
- port de gants lors de l'occlusion de plaies hémorragiques ;
- lavage des mains et des surfaces souillées ;
- objets de toilette personnels.

Ces mesures ne sont pas spécifiques à l'infection par le VIH. Leur respect permet aussi d'éviter d'autres risques infectieux en collectivités d'enfants.

L'accueil en collectivité peut présenter des risques pour les enfants atteints par le VIH quand ils sont symptomatiques. Ils sont alors sensibles aux infections (les épidémies de varicelle et de rougeole, par exemple, pouvant être dangereuses pour eux), mais ces risques restent malgré tout minimes. Le personnel des structures doit adopter la même attitude à l'égard de ces enfants qu'à l'égard de ceux qui sont atteints d'autres maladies graves.

Parfois, la sensibilité de certains enfants aux infections fait préférer l'accueil individuel chez une assistante maternelle plutôt que l'accueil collectif en crèche. Il est important d'envisager ces situations en toute sérénité avec le médecin pédiatre et les parents de l'enfant.

Accueil à l'école des enfants atteints par le VIH

L'accueil des enfants atteints par le VIH dans les établissements d'enseignement publics et privés sous contrat du premier et second degrés a fait l'objet d'une circulaire ministérielle (n° 92-194 du 29 juin 1992) :

- La production du résultat d'un test biologique ne peut être exigée pour l'admission à l'école. Il est rappelé que le carnet de santé est un document confidentiel ; ainsi que tout document à caractère médical. Ainsi, le motif d'une contre-indication à la vaccination par le BCG doit rester confidentiel ; il ne peut pas être demandé aux parents.
- Seuls les enfants et leurs parents peuvent informer, s'ils le souhaitent, le chef d'établissement, le directeur d'école ou l'enseignant, ainsi que le personnel médical et paramédical.
- La circulaire précise également les conditions dans lesquelles les enseignants pourront donner les médicaments aux enfants, suivant une prescription médicale, et à la demande des familles.

Perturbations de la structure familiale

Lorsqu'un enfant est atteint par le VIH, des perturbations de la structure et de la vie familiale peuvent survenir. Elles sont liées à plusieurs facteurs :

- la progression de la maladie ;
- les difficultés sociales et professionnelles ou personnelles des parents ;
- l'aggravation de l'état de santé de l'enfant et sa détresse face à la maladie ;
- les séparations causées par les hospitalisations ;
- la stigmatisation sociale et le risque de délaissé ou de rejet familial et social ;
- les imprécisions dans les explications données sur la signification de l'infection et sur le pronostic ;
- la complexité des relations avec la fratrie et l'entourage familial élargi ;
- les conséquences psychologiques de ces situations.

Accueil et adoption

Les enfants atteints par le VIH et privés de milieu familial sont pris en charge soit dans des structures collectives d'accueil, soit dans des familles d'accueil ou d'adoption. Des possibilités de parrainage existent. Les parents

peuvent aussi exprimer leurs souhaits quant à l'avenir de l'enfant devant l'autorité judiciaire ou testamentaire.

Dans le cadre de l'infection par le VIH, le problème de l'accueil et de l'adoption se pose de façon particulière. Les parents atteints par le VIH ne sont pas suspects " d'incapacité parentale " et souhaitent généralement assurer l'avenir de leur enfant sans être dépossédés de leurs prérogatives. Il s'agit alors de trouver des familles prêtes à accueillir l'enfant et à accompagner les parents. Il est indispensable de prévoir un soutien psychologique pour chacun : parents, enfant et famille d'accueil.

Critères retenus pour les familles adoptives :

- capacité à accepter les retards de développement de l'enfant ;
- fort ancrage communautaire et familial ;
- existence d'un réseau de soutien ;
- expérience positive avec un enfant ;
- capacité d'organisation.

Les établissements de l'aide sociale à l'enfance

Les établissements relevant de l'aide sociale à l'enfance sont habilités à héberger les enfants de familles en difficulté, parfois avec leur mère.

La prise en charge hospitalière

Les structures de soins ont pour fonction d'assurer l'accueil, le suivi et la prise en charge médicale des personnes. Elles doivent également permettre l'accès à une prise en charge globale, ce qui suppose une coordination des aspects médicaux, sociaux et psychologiques de l'infection par le VIH. L'épidémie de sida a montré que le système de soins doit favoriser cette coordination et faciliter la communication entre les professionnels de la santé, les professionnels du travail social et les usagers.

L'accueil et l'accompagnement

L'accueil qu'il convient de réservier aux personnes atteintes par le VIH est bien évidemment le même que pour n'importe quel patient. Il est cependant nécessaire d'être très attentif aux conditions d'accueil compte tenu de l'angoisse des patients et des proches, qui peut être importante, notamment lors des premiers contacts avec une structure de soins ou en cas de complications.

La prise en charge des malades et de leurs proches

L'infection par le VIH et la gravité du pronostic du sida sont à l'origine d'inquiétudes multiples. La séropositivité a souvent des conséquences sur la vie relationnelle, affective ou sociale. Les difficultés liées à l'infection par le VIH peuvent aussi s'ajouter à des difficultés personnelles antérieures. Ainsi de nombreuses personnes atteintes par le VIH peuvent cumuler des difficultés de différents ordres.

L'accompagnement du malade et de sa famille, en établissement ou à domicile, fait partie intégrante des actions de santé. L'accompagnement implique la capacité à être présent auprès des personnes, à répondre autant que possible à leurs questions et à leurs attentes.

Le soutien psychologique

L'institution doit offrir des conditions de prise en charge qui tiennent compte des besoins psychologiques et de la souffrance de la personne. L'infection par le VIH n'impose pas systématiquement un suivi psychologique ou psychiatrique. Mais la prise en charge de patients atteints par le VIH impose aux services et aux équipes soignantes de rendre

accessible aux personnes qui le désirent un soutien psychologique qualifié. Le psychologue peut proposer un soutien ou un suivi aux patients qui le demandent. Pour cela, il faut informer sur les possibilités de consultation existantes et, si nécessaire, les développer.

Certaines personnes ne souhaitent pas informer de leur état de santé leur entourage familial, amical ou social. Elles vivent parfois des situations d'isolement ; aussi les liens avec les professionnels de santé deviennent-ils primordiaux.

Le *counselling*, mot anglais n'ayant aucune équivalence en français, est un concept d'origine anglo-saxonne. Il s'agit d'une relation d'aide et de soutien apportée à une personne en situation difficile du fait d'un événement personnel tel qu'une maladie. Il a pour but de permettre aux personnes de se sentir mieux, de mobiliser et développer, de manière autonome, des attitudes et des ressources propres pour faire face aux situations difficiles.

La pratique du *counselling* requiert une formation adéquate et une supervision. Il est utile lors de la demande du test de dépistage et à la remise des résultats, ainsi que tout au long de l'évolution de l'infection par le VIH.

L'accompagnement social

L'accueil est aussi le moment, en dehors des urgences, où l'on doit se préoccuper de la situation sociale des patients. La prise en charge médicale impose aux personnes d'avoir accès à une couverture sociale. Pour cette raison, l'accompagnement social complète les soins.

Les patients atteints par le VIH peuvent être confrontés à des difficultés sociales complexes qu'il convient de prévenir ou d'identifier le plus tôt possible, afin d'en limiter les conséquences. Les mécanismes d'aide sociale, souvent longs à déclencher, doivent faire l'objet de toute l'attention nécessaire pour faciliter l'accès aux droits sociaux et, donc, aux soins. Si les professionnels de la santé sont aussi concernés par le suivi social des patients, les travailleurs sociaux, en particulier les assistants sociaux, sont les professionnels qualifiés pour assurer ce suivi.

La prise en charge des usagers de drogue

Bien que la prise en charge des usagers de drogue atteints par le VIH doive se faire de la même manière que celle des autres patients, il est important de tenir compte de leurs problèmes spécifiques. Cela implique d'abord de créer les conditions pour que les usagers de drogue touchés par le VIH et qui ne bénéficiaient jusque-là d'aucun suivi régulier, puissent devenir utilisateurs du réseau de soins.

Une des voies pour réussir à établir un contact avec les toxicomanes consiste à prendre en compte l'ensemble de leurs difficultés sur les plans sanitaire, psychologique et social. Les problèmes d'hébergement rendent parfois très aléatoire la prise en charge à domicile et écartent de manière générale les patients du système de soins. Il faut également tenir compte de la dépendance aux produits qui complique souvent le rapport avec les équipes soignantes hospitalières (syndromes de manque, voire prise de drogue dans les services, crises de confiance mutuelles, etc.).

Les équipes hospitalières doivent réfléchir avec le patient à l'éventualité d'un traitement de substitution (pratiqué soit à l'hôpital, soit en relation avec un centre spécialisé de soins aux toxicomanes, soit chez un médecin généraliste) qui permette d'apporter à la personne un meilleur confort de vie et, donc, d'assurer un meilleur suivi de l'infection par le VIH.

L'équipe soignante

Pendant des années, la prise en charge des malades du sida était considérée comme une pratique difficile et exigeante pour les soignants, d'autant plus qu'elle s'accompagnait souvent d'une charge émotionnelle lourde due, notamment, à la gravité de la maladie, au nombre élevé de décès et à un attachement affectif souvent important à l'égard de patients. Un syndrome d'épuisement des professionnels (*burn out*) a parfois été décrit.

Les nouveaux traitements ont fortement modifié le vécu de la prise en charge des patients. Cependant, il existe aujourd'hui une grande disparité entre les malades dont l'état a été très amélioré par les multithérapies et ceux qui n'ont pas bénéficié de l'amélioration escomptée où chez qui elle a été de courte durée.

Ce nouveau contexte modifie profondément la relation patient-équipe soignante. Les uns et les autres sont confrontés aux difficultés

d'observance, à l'adaptation à un traitement à long terme, actif mais contraignant, au réinvestissement dans des projets de vie, au désir d'enfant, à l'incertitude face à l'avenir, aux échappements thérapeutiques, etc.

Une collaboration étroite entre intervenants sanitaires et sociaux est indispensable pour accompagner les personnes atteintes dans leur stratégie d'ajustement à une maladie à évolution prolongée dont on ne sait pas encore quel sera le pronostic à long terme.

La charte du patient hospitalisé

La première charte du malade hospitalisé définissant les droits du patient fut publiée en 1974 ; depuis elle a été étendue et modifiée. La circulaire DGS-DH n° 95-22 du 6 mai 1995 précise les droits des malades.

Principes généraux

- “ 1 – Le service public hospitalier est accessible à tous et en particulier aux personnes les plus démunies. Il est adapté aux personnes handicapées.
- 2 – Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins et de l'accueil. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur.
- 3 – L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent.
- 4 – Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient.
- 5 – Un consentement spécifique est prévu notamment pour les patients participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- 6 – Le patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt.
- 7 – La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité.
- 8 – Le respect de la vie privée est garanti à tout patient hospitalisé ainsi que la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui le concernent.
- 9 – Le patient a accès aux informations contenues dans son dossier, notamment d'ordre médical, par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement.
- 10 – Le patient hospitalisé exprime ses observations sur les soins et l'accueil et dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estimerait avoir subi. ”

En pratique, les directeurs d'établissement doivent prendre des dispositions afin de remettre la charte à chaque patient.

La confidentialité

Entreprendre un dépistage, se faire soigner ou se faire aider, revient souvent à parler de la maladie et de ce qu'elle révèle d'intime : sa sexualité, sa vie affective, sa vie sociale. Ces démarches, qui doivent être volontaires, demandent un climat de confiance qui ne peut être garanti que par une application rigoureuse des principes du secret professionnel.

La protection des données relatives à la santé

Dans tous les cas, les résultats d'un test et les données incluses dans un dossier médical ou dans un fichier de santé publique ou épidémiologique, de type informatique ou manuel, relèvent du secret médical et ne peuvent donc être transmis hors du contexte précis des soins apportés à une personne. Les fichiers informatiques sont soumis à un strict contrôle de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil).

Le secret professionnel

Dans le domaine des pratiques de soins, le nouveau code pénal, appliqué depuis le 1^{er} mars 1994, a précisé à nouveau les règles du secret professionnel et ses applications. Le respect du secret professionnel est une des conditions de la confiance du malade. Il s'impose à tous au sein de l'hôpital ainsi qu'à l'extérieur, y compris après le décès des personnes. L'application du secret professionnel peut représenter un véritable " poids " pour le dépositaire, mais relève cependant d'une application obligatoire.

Article 226-13

“ La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 francs d'amende. ” Article 226-13 du Nouveau code pénal.

Le patient qui s'adresse à une structure de soins est pris en charge par une équipe. Le secret n'est pas détenu par le seul médecin, mais est partagé entre toutes les personnes qui sont en relation directe ou indirecte avec le

malade et son entourage, que ce soit l'équipe soignante, le personnel des laboratoires ou le personnel administratif.

Il est nécessaire que des informations circulent entre soignants intervenant au service d'un même patient. C'est pourquoi le secret prend un caractère collectif et partagé à l'intérieur du système de soins. Cependant, le secret n'est pas la propriété commune de l'ensemble des soignants. La pratique du "secret partagé" est tolérée lorsqu'elle s'effectue dans l'intérêt du patient et avec son accord. Cette notion n'a cependant pas d'existence juridique.

Le personnel non médical est soumis à l'obligation de respect du secret professionnel pour tous les faits et informations dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions.

Le respect du secret professionnel est un droit fondamental du patient. Il s'applique à l'infection par le VIH autant qu'aux autres pathologies.

Les risques d'indiscrétion

L'hôpital est une collectivité où circulent des patients, des soignants, des non-soignants, des visiteurs. C'est un lieu public de soins où la vie privée des patients doit être respectée. Cependant il existe dans les établissements de soins maintes occasions d'indiscrétions : rendez-vous pris par téléphone, formalités d'admission nécessitant la connaissance du motif de la consultation ou de l'hospitalisation, organisation des locaux rendant souvent difficiles les conditions de confidentialité, intitulé révélateur des services, spécialisation de certains services, circulation de dossiers ou d'examens de laboratoire... Il est indispensable de sensibiliser régulièrement le personnel médical, infirmier et administratif à l'impératif de secret.

La prise en charge des personnes atteintes par le VIH implique souvent un travail en partenariat. La difficulté est alors d'éviter l'identification de l'infection par le VIH par les différents organismes ou institutions avec lesquels il faut coopérer. Il s'agit, lorsque le patient le souhaite, d'adopter des stratégies pour éviter de nommer la maladie lors de la rédaction des demandes d'aide financière, de la présentation des situations dans diverses commissions, tout en donnant suffisamment d'éléments pour obtenir

satisfaction. Le repérage des services hospitaliers spécialisés dans le VIH doit pouvoir être évité en étant attentif au papier à en-tête, aux enveloppes et aux cachets utilisés. Les mêmes précautions doivent être prises lorsqu'un courrier est adressé au domicile du patient.

Enfin, pour des raisons épidémiologiques et historiques, l'infection par le VIH est – encore trop souvent – considérée comme une maladie ne concernant que les homosexuels ou les toxicomanes. Alors, la maladie désigne à son tour, à tort ou à raison, la vie privée des personnes atteintes. L'ensemble du personnel doit être conscient de ces risques de “ désignation ”, sinon de stigmatisation et tout faire pour protéger la vie privée des patients.

La révélation à un tiers

L'évolution récente de la notion de secret professionnel, ainsi que les risques de transmission de l'infection par le VIH ont suscité de nombreuses interrogations sur la nécessité de lever ou non le secret professionnel à l'égard du ou des partenaires d'une personne atteinte par le VIH.

Le Conseil national du sida, dans un avis rendu le 27 mai 1994, estime que les inconvénients à accepter, pour le sida, une rupture du secret l'emportent sur les avantages. Il souligne l'impossibilité de vérifier les déclarations du patient, l'inefficacité des stratégies de prévention quand la confiance est rompue, avec pour conséquence, notamment, le refus du test, le changement de médecin, le non-recours aux soins. Enfin, le conseil redoute les risques de dérives : par exemple, des demandes d'informations de la part du milieu scolaire ou professionnel.

Il arrive qu'une personne atteinte par le VIH demande à un médecin d'annoncer sa situation à ses proches. Le médecin peut parfois accepter d'être présent pour aider le patient.

Droit du mineur

Le patient mineur peut consulter un médecin sans en informer son représentant légal. Le médecin, quant à lui, ne peut informer le représentant légal car il y aurait violation du secret professionnel. Cependant, si le patient doit bénéficier d'un traitement ou si son état de santé nécessite une hospitalisation, le médecin doit obtenir l'autorisation

du représentant légal. Si celui-ci refuse le traitement, le mineur peut saisir le juge des enfants afin d'obtenir une mesure d'assistance éducative.

Tout mineur peut demander un test de dépistage dans un centre de dépistage anonyme et gratuit.

Le droit à l'information

L'information est un droit des patients et un devoir des soignants. Elle est nécessaire à la confiance, mais aussi à la responsabilisation des patients au regard de la prévention et des traitements.

L'information

Dans le cas de l'infection par le VIH, l'information est d'autant plus importante que les données médicales sont évolutives et souvent incertaines, même lorsqu'elles sont relayées par la presse grand public. Les soignants doivent notamment expliquer l'intérêt du dépistage afin que les patients puissent prendre une décision librement et en connaissance de cause. Par ailleurs, les traitements se font souvent dans le cadre de protocoles d'essais et cette situation impose également aux soignants de communiquer avec les patients.

Le personnel des établissements d'accueil est investi d'une mission d'information sur les différentes possibilités et conditions d'accès aux soins. Il est nécessaire que celui qui donne l'information soit disponible pour écouter les questions et les inquiétudes du patient. Le malade et ses proches doivent se sentir entourés, rassurés, libres de s'exprimer et de s'informer.

La vérité

L'intérêt pour un patient de connaître le diagnostic réside dans les mesures de prévention qu'il pourra adopter avec ses proches et dans l'accès possible à un traitement efficace. Cependant, le test de dépistage du VIH ne peut être réalisé qu'avec l'accord de la personne.

Comme pour toute maladie dont le pronostic est grave, la vérité reste difficile à dire. Difficile parce que l'efficacité à long terme des traitements n'est pas suffisamment connue et parce que cette vérité concerne des questions graves comme la souffrance et la mort.

Bien que le code de déontologie médicale laisse le médecin apprécier si un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave (article 42 du code de déontologie), le résultat du test de dépistage doit toujours être communiqué au patient.

L'accès au dossier médical

Un patient qui souhaite avoir accès à son dossier médical doit en faire la demande à l'établissement où il reçoit ou a reçu des soins. Les établissements publics et privés sont tenus de communiquer le dossier médical à un médecin choisi par le patient. Ils s'assurent de l'identité du demandeur et de la qualité du praticien désigné. Le médecin est invité à prendre contact avec le service où les soins ont été dispensés (décret du 30 mars 1992 pris en application de l'article L. 710-2 du code de la santé publique).

Le médecin communique les informations au patient dans le respect des règles déontologiques. L'entourage ne peut avoir d'accès direct au dossier médical. Aucune information médicale ne peut être communiquée par téléphone.

En pratique, dans le cas de l'infection par le VIH, le patient connaît souvent les éléments de son dossier, discute du traitement avec son médecin et cette collaboration paraît essentielle.

Les structures hospitalières

Dans le cadre de l'infection par le VIH, comme dans de nombreux autres domaines de la santé, la prise en charge hospitalière ne peut plus se concevoir isolément. Les établissements de soins sont aussi des lieux d'orientation et de coordination et doivent donc disposer de moyens pour faciliter l'accès à une prise en charge globale.

Les CISIH

Les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH) ont été créés en 1987, sous l'égide du ministère de la Santé. Il existe trente CISIH (France métropolitaine et départements d'outre-mer), regroupant parfois plusieurs centres hospitaliers spécialisés (liste en annexe).

Les CISIH coordonnent les services concernés par les soins de l'infection par le VIH, de façon à optimiser la qualité du service rendu aux usagers. Ils sont un lieu privilégié pour le développement de la recherche clinique, tant au niveau des essais thérapeutiques que des études épidémiologiques. La formation, notamment dans le domaine de la prévention des risques professionnels, fait également partie de leur mission.

La circulaire de la Direction des hôpitaux du 12 mars 1990, relative à l'organisation des soins aux personnes infectées par le VIH, invite les CISIH à ouvrir les hôpitaux de jour et les consultations au moins un soir par semaine et le samedi matin, à des horaires qui permettent aux patients de poursuivre leur traitement sans modifier leur rythme professionnel.

Pour favoriser les échanges d'information et la concertation entre ses dix CISIH, l'Assistance publique-hôpitaux de Paris a mis en place un centre interétablissements de traitement et de recherche anti-sida (Ciras).

L'hospitalisation classique

L'hôpital assure les soins aigus et dispose parfois d'un centre antidouleur ou d'unités de soins palliatifs. Les unités de moyen séjour ou les " services de suite " sont destinés à l'accueil des patients qui ont surmonté la phase aiguë d'une atteinte pathologique, mais qui n'ont pas encore totalement recouvré leur autonomie. La priorité est donnée aux personnes qui ne bénéficient pas d'un environnement social et familial permettant d'assurer ce suivi.

Suivi médical

“ Il apparaît que le binôme médecin de famille/service hospitalier rattaché à un CISIH réunit les conditions les plus favorables à un suivi de qualité. Ceci n'est possible que si l'on veille attentivement à l'échange des informations entre l'hôpital et le médecin généraliste et si celui-ci a la possibilité de travailler dans un réseau, qui lui permettra de répondre aux diverses difficultés de la prise en charge. ”

Rapport Dormont – septembre 1996

L'hôpital de jour

Plus souple, moins onéreux et préservant mieux la vie sociale du malade, l'hôpital de jour est, dans de nombreux cas, la formule la mieux adaptée pour les soins et les examens. Le malade peut rentrer chez lui, tout en continuant à bénéficier de soins très spécialisés.

L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) est un prolongement des soins hospitaliers. Cette prise en charge, quand elle est géographiquement possible, offre de nombreux avantages :

- elle permet au patient d'être soigné dans son cadre habituel ;
- sur un plan médical, elle doit permettre un suivi de qualité comprenant les nombreuses possibilités qu'offre habituellement une hospitalisation classique ;
- le patient est pris en charge par une équipe soignante et suivi par son médecin habituel ;
- le coût pour la collectivité est inférieur à celui d'une hospitalisation classique.

Pour assurer dans de bonnes conditions le retour au domicile après hospitalisation, de nombreux intervenants sont appelés à travailler ensemble : les médecins généralistes, les services de proximité (auxiliaires de vie, aides ménagères, travailleuses familiales), les différents services (associations, services sociaux, etc.), les réseaux ville-hôpital lorsqu'ils existent. La famille, l'entourage, doivent être préparés à ce retour, ce qui nécessite l'évaluation des incidences de la maladie sur l'environnement familial.

Les réseaux ville-hôpital

Les réseaux ville-hôpital ont été officiellement créés en 1991 afin d'instaurer une meilleure coordination de la prise en charge médicale et sociale des personnes atteintes par le VIH (circulaire DH-DGS 612 du 4 juin 1991).

Les réseaux ville-hôpital sont des associations subventionnées par les pouvoirs publics et rattachées à un centre hospitalier. Ils réunissent des médecins de ville, des médecins hospitaliers et les autres professionnels

concernés par la prise en charge médicale, psychologique ou sociale des personnes atteintes par le VIH.

La continuité des soins est un des acquis principaux résultant de la mise en place de ces structures.

“ En lui-même, un réseau n'a pas la faculté de générer des ressources ou de donner naissance à de nouveaux acteurs. Il valorise l'usage de ces ressources ou l'emploi de ces intervenants, en favorisant leur relation et leur coordination au bénéfice d'une population donnée ”.

(Extraits de la circulaire du 4 juin 1991).

La prévention des risques de contamination en milieu de soins

Le sang ou les liquides biologiques peuvent véhiculer des agents infectieux très divers (bactéries, virus, parasites et champignons). Parmi ces agents, le VIH, le VHB (virus de l'hépatite B) et le VHC (virus de l'hépatite C) présentent un risque particulier du fait de la gravité des infections engendrées. L'application des règles habituelles d'hygiène et de sécurité permet dans une large mesure d'éviter les accidents exposant au sang ou aux liquides biologiques.

Les risques professionnels liés au VIH

Dans le monde, le premier cas de contamination accidentelle par le VIH chez un professionnel de santé, a été rapporté en 1984. Depuis cette date, jusqu'à fin 1997, 95 cas de séroconversion prouvée après accident professionnel ont été enregistrés. En France, fin juin 1998, 13 cas de séroconversion prouvée chez des professionnels de santé avaient été déclarés.

Les contaminations professionnelles

Bien que le VIH puisse être retrouvé dans divers liquides biologiques, seuls le sang et les liquides biologiques contenant visiblement du sang et provenant de patients dont la charge virale est élevée ont été jusqu'alors impliqués dans la transmission de ce virus en milieu de soins.

Il n'y a possibilité de contamination par le VIH que lors d'un contact direct avec les liquides biologiques à travers une effraction cutanée (piqûre, coupure, peau abîmée) ou lors d'un contact de ces liquides avec une muqueuse (œil, nez, bouche).

Les personnes en contact avec les liquides biologiques, et principalement avec le sang, doivent donc se prémunir de ce risque de contamination dans les situations de soins ou de manipulation de produits biologiques, mais aussi lors des contacts avec des objets souillés.

“La sévérité de l’exposition

Le risque de transmission est directement lié à la profondeur de la blessure et au type d'aiguille ou de matériel en cause.

- Plus la blessure est profonde, plus le risque de contamination est élevé.
- Les piqûres par aiguille creuse souillée de sang, telles les aiguilles de prélèvement veineux ou artériel, sont les plus susceptibles d’entraîner une contamination.
- Les piqûres avec des aiguilles sous-cutanées ou intramusculaires ne contenant pas de sang et les piqûres à travers des gants avec des aiguilles pleines, comme les aiguilles à suture, présentent un moindre risque de contamination par le VIH.
- Les projections cutanéo-muqueuses présentent un risque encore plus faible.

La nature du liquide biologique responsable

Seul le sang ou les liquides biologiques contenant du sang ont été à l’origine de cas prouvés de contamination professionnelle par le VIH.

À ce jour, si le VIH a également été retrouvé dans le sperme, les sécrétions vaginales, le lait, les liquides amniotique, péricardique, péritonéal, pleural, synovial ou céphalo-rachidien, aucun cas de séroconversion, après exposition à de tels liquides, n'a jamais été rapporté. Dans la salive, les larmes, l'urine, les selles, les sécrétions nasales, la sueur, le virus est habituellement indétectable ou en concentration trop faible pour entraîner une contamination.

Le statut sérologique et clinique de la personne source

Il faut prendre en compte le statut sérologique de la personne source (sérologies VIH, recherche de virémie VHB et VHC en cas de sérologie positive aux VHB et VHC) et son statut clinique (primo-infection ou stade

évolué de l'infection à VIH augmentent le risque de contamination). Quand il est connu comme infecté par le VIH, ses traitements antérieurs, son niveau immunitaire et sa charge virale doivent être recherchés.

Si le statut sérologique de la personne source n'est pas connu, il est important de le rechercher, ce qui nécessite l'accord de la personne. Le médecin responsable du patient lui prescrit rapidement une sérologie et une recherche de virémie pour le VIH, le VHB et le VHC. En l'absence de données biologiques (recherche impossible, refus de la personne), ou en l'attente des résultats, on se basera sur la clinique et sur des arguments épidémiologiques. ”

Circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 du 9 avril 1998.

Évaluation des risques

Le risque de transmission après une exposition percutanée à du sang contaminé par le VIH est estimé à 0,32 %. En d'autres termes, sur 312 piqûres potentiellement contaminantes, une seule entraînera effectivement une infection par le VIH.

Ces risques très faibles peuvent devenir importants si l'exposition est massive ou si la charge virale de la personne source est élevée. Ils demeurent néanmoins très inférieurs à ceux présentés par d'autres virus, notamment celui de l'hépatite C (entre 2 et 3 %) ou de l'hépatite B (autour de 30 %).

Les risques pour les patients

Le risque de transmission d'une maladie virale du soignant vers le malade lors de réalisation d'actes invasifs existe même s'il est très faible. Un cas d'un dentiste en Floride ayant transmis le VIH à plusieurs de ses patient et un cas de transmission à un patient par un chirurgien en France ont été rapportés. En revanche plusieurs centaines de cas de transmission du VHB à des patients ont été rapportés dans le monde.

Personnel non médical

Des professionnels n'appartenant pas au milieu médical ou paramédical peuvent aussi être exposés au VIH dans le cadre de leur travail, par l'intermédiaire de matériels piquants ou tranchants souillés.

Les médecins du travail ont notifié deux cas de contamination professionnelle prouvée chez des personnes ayant été exposées accidentellement à des aiguilles usagées au cours de leur activité professionnelle. Il s'agit d'un conducteur de véhicule de collecte de déchets d'activités de soins, qui s'est piqué à l'index avec des aiguilles, en manipulant un conteneur ouvert accidentellement, chez un malade en hospitalisation à domicile ; le conducteur ne portait pas de gants de protection. L'autre contamination concerne un éboueur qui s'est piqué avec une aiguille usagée en ramassant des ordures ménagères.

Les personnes qui ne sont pas en contact avec les liquides biologiques humains ne risquent pas d'être contaminées par le VIH. Elles doivent néanmoins appliquer les règles d'hygiène générale.

Prévention des accidents professionnels

Tout employeur est responsable de la sécurité du personnel vis-à-vis du risque biologique. Il a l'obligation d'évaluer les risques d'exposition biologique afin de prendre les mesures de prévention et de protection nécessaires.

Dans les établissements de soins, le chef d'établissement en concertation avec le comité de lutte contre les infections nosocomiales (Clin), le médecin du travail et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) doit définir une stratégie de prévention qui repose sur :

- la vaccination du personnel soignant ;
 - le respect des précautions générales d'hygiène ;
 - l'utilisation rationnelle d'un matériel adapté ;
 - la prévention de l'exposition dans les blocs opératoires ;
 - la mise en place d'un dispositif de prise en charge des accidents exposant au sang ;
 - l'interprétation des données de surveillance des accidents exposant au sang ;
 - l'information et la formation du personnel ;
 - l'évaluation des actions entreprises ;
- (Circulaire DGS/DH n° 98/249 du 20 avril 1998).

L'inactivation du VIH

Pour inactiver le VIH, les procédés habituels d'hygiène hospitalière restent valables (nettoyage, décontamination, désinfection et stérilisation). En dehors de tout procédé d'inactivation, le VIH, bien que fragile, peut rester actif à l'air libre pendant plusieurs jours.

Procédés chimiques

Le VIH est sensible à différents produits chimiques qui peuvent être utilisés pour désinfecter du matériel, des surfaces ou une plaie cutanée.

Un des meilleurs produits chimiques d'inactivation est le soluté de Dakin ou l'eau de Javel (solution d'hypochlorite de sodium), fraîchement préparée à

1/10^e (c'est-à-dire un volume d'eau de Javel à 12° chlorométriques pour neuf volumes d'eau). Elle peut être utilisée sur les surfaces et les sols. Il faut respecter la date de péremption de l'eau de Javel concentrée pour en garantir les propriétés désinfectantes.

L'alcool à 70° peut être utilisé pour désinfecter la peau, des dérivés du formol (glutaraldéhyde par exemple) pour le matériel et les surfaces, des dérivés iodés pour la peau et les muqueuses.

La désinfection n'est efficace que si elle est précédée d'un nettoyage. Il est nécessaire de bien respecter les règles de dilution, ainsi que le temps de contact indiqué sur les notices. Il ne faut pas mélanger ces produits entre eux. Pour de plus amples informations, contacter l'hygiéniste de l'hôpital.

Procédés physiques

La chaleur constitue le seul moyen physique d'inactivation du VIH (par exemple 56° C pendant 30 minutes ou ébullition pendant 15 minutes). Elle peut être utilisée pour la désinfection du matériel, du linge et de la vaisselle.

Le froid, la congélation, les ultraviolets, les rayons X, les rayons gamma ne sont pas efficaces.

Stérilisation du petit matériel médico-chirurgical

Les instruments de petite chirurgie et d'exploration doivent être décontaminés. Selon leur utilisation, ils présentent des risques différents :

- haut risque : instruments qui pénètrent dans la peau ou dans des parties stériles du corps ou qui sont en contact avec des muqueuses ulcérées ;
- risque moyen : instruments en contact avec des muqueuses saines ;
- risque faible : instruments en contact avec une peau non lésée.

Les instruments chirurgicaux et les spéculums vaginaux doivent être stérilisés par autoclave ou dans un four à air chaud. Les otoscopes, anuscopes et miroirs laryngés seront traités par la chaleur. Les thermomètres et tonomètres (appareil de mesure de la tension oculaire) seront désinfectés chimiquement.

Précautions générales d'hygiène

Les précautions d'hygiène sont à appliquer pour tout patient quel que soit son statut sérologique. Elles doivent être respectées par tout soignant lors d'une situation à risque, c'est-à-dire lors d'un acte présentant un risque de contact ou de projection avec des produits biologiques, la peau lésée ou une muqueuse.

Les précautions générales d'hygiène ou précautions standard ont été actualisées dans la circulaire DGS/DH n° 98/249 du 20 avril 1998 relative à la prévention de la transmission d'agents infectieux véhiculés par le sang ou les liquides biologiques lors des soins dans les établissements de santé.

Lavage des mains

Se laver les mains avant et après chaque soin et immédiatement après un contact avec du sang ou d'autres liquides biologiques est la mesure la plus importante pour lutter contre toute infection. Le lavage se fait en utilisant de l'eau et du savon désinfectant. On évite ainsi la dissémination de tout agent infectieux.

Port de gants

Des gants doivent être portés dès qu'il y a risque de contact avec du sang, ou tout autre produit d'origine humaine, ainsi qu'avec les muqueuses ou la peau lésée du patient. Le port des gants est indispensable à l'occasion de soins à risque de piqûre (hémoculture, pose et dépose de voie veineuse, chambres implantables, prélèvements sanguins...) et lors des manipulations de tubes de prélèvement biologiques, de linge ou de matériel souillés.

De même, lorsque les mains du soignant comportent des lésions, des gants doivent être portés lors des soins.

Les gants doivent toujours être changés entre deux patients ou deux activités. Le port de gants ne dispense pas du lavage des mains. Il est inutile pour les simples contacts avec la peau saine (examen du malade, mobilisation, poignée de main).

Port de surblouse, lunettes et masque

Une surblouse, un masque et des lunettes doivent être portés en cas de risque de projection ou d'aérosolisation de sang ou de tout autre produit d'origine humaine (aspiration, endoscopie, actes opératoires, autopsie, manipulation de matériel et de linge souillé).

Matériel piquant ou tranchant

Pour le matériel piquant à usage unique , il convient de :

- ne pas recapuchonner les aiguilles ;
- ne pas les désadapter à la main ;
- déposer ce matériel dans un conteneur adapté immédiatement après usage et sans manipulation. Le conteneur doit être situé au plus près du soin et son niveau maximal de remplissage vérifié.

Le matériel réutilisable doit être manipulé avec précautions s'il est souillé par le sang ou tout autre produit d'origine humaine. Avant toute réutilisation, il faut vérifier qu'il a subi la procédure d'entretien appropriée (stérilisation ou désinfection).

Il n'existe pas encore de normes spécifiques pour les dispositifs médicaux dits de sécurité cependant ils doivent être considérés comme un moyen de prévention complémentaire. Ces dispositifs doivent être compatibles avec le matériel déjà existant. Leur emploi correct dans les services de soins doit être évalué régulièrement. Les conteneurs pour objets coupants, tranchants constituent un moyen démontré et indispensable de prévention des accidents d'exposition au sang.

Transmissions entre patients par l'intermédiaire du matériel souillé

Dans le monde, plusieurs exemples de contaminations de patient à patient par le VIH, le VHB et le VHC ont été rapportés. Ils résultent le plus souvent d'une gestion inadaptée du matériel ou des soins, ou du non respect des précautions d'hygiène.

Lorsqu'un risque de contamination des patients a été identifié, l'établissement doit en informer les patients concernés et leur proposer,

le cas échéant, toute mesure de dépistage de nature à améliorer la prise en charge thérapeutique d'une éventuelle infection.

Surfaces souillées

Les surfaces souillées par des projections ou des aérosolisations de sang ou de tout autre produit d'origine humaine doivent être nettoyées puis désinfectées avec de l'eau de Javel à 12° chl fraîchement diluée à 1/10^e (ou tout autre désinfectant approprié).

Transport de produits ou d'objets souillés

Les prélèvements biologiques, le linge et les instruments souillés par le sang ou par tout autre produit d'origine humaine doivent être évacués du service dans un emballage fermé étanche.

Manipulation des produits biologiques

Tout produit biologique doit être considéré comme potentiellement contaminé. Outre les précautions habituelles à prendre (lunettes, gants, etc.), les personnes travaillant en laboratoire doivent toujours appliquer les règles suivantes :

- ne jamais utiliser les pipettes en aspirant avec la bouche ;
- ne pas ouvrir les centrifugeuses avant leur arrêt complet afin d'éviter toute dispersion et inhalation de substances ;
- travailler sous une hotte à pression négative lorsque des risques de projections existent (broyage de tissus organiques) ;
- demander l'acheminement des examens dans un double emballage (la feuille de demande ne doit pas être en contact avec le tube) ;
- inactiver systématiquement les déchets de laboratoire par chauffage, avant leur évacuation.

Particularités de certains soins

Certains soins peuvent exposer le personnel soignant à du sang ou à des liquides biologiques contaminés. Lorsque des mesures de précaution sont prises, il est important d'expliquer aux patients la raison et la nature de ces mesures.

Soins de bien-être et de confort

En respectant les règles d'hygiène générale, il n'y a aucun risque pour le coiffeur, le pédicure, l'esthéticienne, la manucure assurant un soin à un malade, ni pour le malade lui-même ni pour les autres clients.

Soins au bloc opératoire

Du fait de la spécificité du travail et de l'organisation au bloc opératoire des mesures complémentaires doivent être envisagées en concertation avec les chirurgiens. Il est recommandé de mettre en place un cahier de relevé des accidents exposant au sang afin d'en connaître le nombre et les circonstances.

Le port d'une tenue chirurgicale adaptée est indispensable, avec, notamment pour les opérateurs principaux, le port d'une double paire de gants. Les gants doivent être changés systématiquement après effraction ; les gants externes périodiquement au cours de l'intervention. Une protection large du visage (masque avec visière) et le port de casaque ayant des propriétés barrières (non tissé, microfibres...) sont recommandés.

Certaines techniques opératoires doivent être appliquées pour favoriser la coordination des équipes (éviter par exemple que deux opérateurs ne suturent au même moment le même site) et limiter le contact direct de la main controlatérale de l'opérateur avec le site opératoire ou des instruments vulnérants (par exemple, utiliser des pinces pour saisir le tissu à suturer et l'aiguille lors de son retrait de la plaie).

Chaque fois que cela est possible, les techniques permettant de diminuer les risques d'accident d'exposition au sang sont à employer : agrafeuses à sutures aponévrotiques et cutanées, sutures automatiques par pince, aiguilles courbes à bout mousse.

Soins en obstétrique

Pour les sages-femmes et les obstétriciens, il existe un risque de contamination dû à la fréquence du contact avec le sang et les liquides biologiques. Le travail à mains nues est proscrit. Le port de gants, d'un tablier, d'une paire de lunettes et d'une bavette est fortement conseillé en salle de travail. Le passage d'une salle de travail à une autre doit être fait dans le respect le plus strict des règles d'hygiène et d'asepsie.

Pour l'examen du placenta, la sage-femme évitera les éclaboussures et les projections de sang. La même tenue vestimentaire qu'en salle de travail est recommandée. Le placenta contaminé sera détruit comme les autres déchets ou organes contaminés.

En suites de couches, les règles d'hygiène habituelles sont à respecter par le personnel soignant.

Soins de kinésithérapie

Aucun geste de la pratique quotidienne n'expose directement le masseur-kinésithérapeute. Les précautions habituelles suffisent.

Le port de gants est recommandé en postopératoire précoce, dès qu'un contact avec le sang est possible ou si le patient présente des lésions exsudatives ainsi que lors de manœuvres mettant l'opérateur en contact direct avec les muqueuses.

Soins dentaires

En cabinet dentaire, les précautions à prendre sont simples. Les règles d'hygiène consistent en une désinfection et une stérilisation systématiques des instruments.

Pour le chirurgien-dentiste et l'assistant dentaire, il existe un risque minime de contamination en cas de contact entre le sang du patient et des lésions cutanées du chirurgien-dentiste ou de l'assistant dentaire, ou en cas de piqûre accidentelle avec une seringue préalablement utilisée pour un patient atteint par le VIH. Le port de gants et de lunettes permet d'éviter le contact avec des substances contaminées.

Pour les patients, les risques sont minimes. Une contamination ne pourrait avoir lieu que par la mise en contact d'un patient avec un instrument non stérilisé, souillé avec du sang d'un patient porteur du virus ou par la réutilisation de cartouches d'anesthésique, y compris si l'aiguille a été changée.

Pour les patients atteints par le VIH, la plupart des soins peuvent être effectués : extractions, prothèses, endodontie, détartrages et autres soins parodontaux courants. Les implants, la chirurgie parodontale et les comblements osseux avec matériaux exogènes, à l'origine de nombreux foyers infectieux, sont, en revanche, fortement déconseillés.

Les soins et les traitements des patients asymptomatiques ne présentent aucune différence avec les soins habituels. Néanmoins, au cours de l'infection par le VIH, la formule sanguine peut se trouver modifiée (chute du nombre de plaquettes notamment) : le chirurgien-dentiste doit alors tenir compte d'éventuels risques hémorragiques et infectieux. Pour les cas graves, la prise en charge doit se décider en accord avec le médecin traitant.

Soins mortuaires

La personne décédée doit être transférée vers la morgue, enveloppée d'un drap d'amphithéâtre imperméable.

Toute personne qui participe ou assiste à une autopsie ou à une manipulation mortuaire doit porter gants, masque, lunettes protectrices, blouse et tablier imperméable. Il est important d'enseigner les règles d'hygiène et de protection individuelle au personnel amené à manipuler les corps de patients décédés, que ceux-ci soient contaminés ou non par le VIH, et de mettre à leur disposition les moyens de les appliquer.

Le décès du malade ne délie en aucun cas de l'obligation du secret.

Personnes décédées du sida

L'arrêté du 20 juillet 1998 rappelle qu'il ne peut être délivré d'autorisation de pratiquer des soins de conservation sur le corps des personnes décédées de certaines infections dont les hépatites virales et l'infection par VIH.

Ces dispositions ne font pas obstacle à la pratique d'autopsies à visée scientifique, qui devront respecter les précautions universelles qui s'imposent, afin d'éviter toute contamination du personnel ou de l'environnement.

Nettoyage et entretien

Les règles d'hygiène habituelles en usage dans les établissements de soins sont suffisantes pour les personnes qui ne sont pas en contact direct avec des liquides biologiques.

Vaisselle

Aucune protection spécifique n'est nécessaire au moment des repas. Les malades n'ont pas besoin de vaisselle à usage unique. La vaisselle doit simplement être lavée soit à chaud, soit avec de l'eau de Javel, comme pour tout le monde.

Literie

Il est conseillé de protéger les matelas et les oreillers avec des housses en plastique qui seront nettoyées régulièrement à l'eau savonneuse et désinfectées.

Blanchisserie

En milieu de soins, tout le linge souillé doit être décontaminé d'emblée, sans tri préalable, et placé dans un double sac hermétiquement clos. Le premier sac est placé tête en bas dans le fond du deuxième sac. Il doit être facilement identifiable par la blanchisserie de l'hôpital comme linge souillé.

En règle générale, il est lavé séparément pendant trente minutes dans l'eau savonneuse à 70° C javellisée. Les personnes ayant à manipuler du linge souillé doivent porter des gants et une surblouse.

Entretien (locaux, mobilier)

Le port d'un tablier en plastique et d'une paire de gants jetables est conseillé.

Pour le nettoyage quotidien des surfaces, il existe deux procédés simples et efficaces : l'emploi d'un détergent, suivi d'un rinçage et d'une javellisation ou l'utilisation d'un détergent mélangé avec un désinfectant (aldéhyde). Le nettoyage est une étape importante car elle permet au désinfectant d'être pleinement actif. Si les surfaces sont très souillées, il suffit d'augmenter la concentration du désinfectant.

L'eau de Javel est un produit corrosif pour certains métaux. Il est donc conseillé d'utiliser, pour nettoyer du mobilier métallique, une solution à base d'aldéhyde. Demander conseil auprès de l'infirmier hygiéniste.

Quant aux toilettes, il est inutile de les désinfecter après chaque usage. Une fois par jour suffit, à l'eau de Javel concentrée.

Désinfection finale

La désinfection finale par voie aérienne est inutile en ce qui concerne le VIH.

Maintenance technique

Les techniciens qui sont amenés à travailler ou à réparer du matériel dans la chambre d'un malade atteint du sida ne courent aucun risque de contamination. Ils seront attentifs, en coordination avec le personnel soignant, à ne pas menacer la santé des patients.

Accidents professionnels comportant un risque de contamination

La circulaire DGS/DH/DRT/DSS n° 98/228 du 9 avril 1998 relative aux recommandations de mise en œuvre d'un traitement antirétroviral après exposition au risque de transmission du VIH, décrit la conduite à tenir en cas d'accident professionnel avec exposition au sang ou à un autre liquide biologique, comportant un risque de contamination par le VIH, le VHB ou le VHC.

Premiers soins

En cas de piqûre ou de blessure cutanée, nettoyer immédiatement la plaie à l'eau courante et au savon, rincer, puis appliquer un antiseptique en assurant un temps de contact d'au moins cinq minutes (soluté de Dakin ou,

éventuellement, eau de Javel à 12° chl diluée à 1/10^e ou, à défaut, alcool à 70° ou polyvidone iodée en solution dermique).

En cas de projection sur les muqueuses, notamment dans les yeux, rincer abondamment pendant au moins cinq minutes, de préférence au sérum physiologique ou sinon à l'eau. Ensuite appliquer un collyre antiseptique.

Évaluation du risque infectieux

L'évaluation du risque infectieux doit être faite immédiatement après l'accident, par un des médecins référents spécialistes en matière d'accidents d'exposition au sang, ou, à défaut, par un médecin des urgences, qui s'informera, dans la mesure du possible, du statut infectieux de la personne source (VIH, hépatite...).

VIH Info Soignants

Pour répondre aux soignants confrontés au VIH et aux accidents d'exposition au sang

7 jours sur 7 de 9 h à 23 h

0 801 630 630 (n° azur)

Traitement antirétroviral après exposition

Un traitement antirétroviral après exposition, à visée prophylactique, peut être proposé lorsque la personne source est atteinte d'infection par le VIH ou appartient à un groupe particulièrement exposé. Le traitement est destiné à tenter d'empêcher une éventuelle infection par le VIH. Cette possibilité de traitement doit être discutée dans les heures qui suivent l'accident avec le médecin référent ou, à défaut, avec le médecin des urgences ou le médecin du travail. La décision de traiter ou non est prise au cas par cas, en fonction de l'évaluation du risque.

Quand un traitement est indiqué, il est conseillé de le commencer le plus tôt possible dans les 48 heures qui suivent l'accident. La durée du traitement est de quatre semaines. Le choix des molécules dépend notamment de la gravité de l'accident et du traitement reçu par le patient source.

Le soignant exposé doit être informé des incertitudes quant à l'efficacité du traitement ainsi que des effets secondaires. Il lui appartient d'accepter ou de refuser ce traitement.

Déclaration de l'accident

L'accident doit être déclaré à l'employeur dans les vingt-quatre heures comme accident du travail (établissements privés) et dans les quarante-huit heures comme accident de service (établissements publics), selon les modalités en vigueur dans l'établissement (notification au registre d'infirmierie ou déclaration officielle d'accident du travail).

Cette déclaration doit être établie de manière à protéger la confidentialité des données concernant l'identité du patient à l'origine de l'éventuelle contamination.

Cette déclaration doit être systématique et concerne l'ensemble du personnel à chaque fois qu'un accident exposant à un contact avec du sang ou

des produits biologiques se produit. Elle doit être précise, afin de préserver les droits ultérieurs de la personne. L'accident est, par ailleurs, notifié au service de médecine du travail.

Pour les professionnels exerçant à titre libéral, la couverture du risque professionnel peut être assurée par la Sécurité sociale. Il faut pour cela qu'ils contractent une assurance volontaire accident du travail-maladie professionnelle auprès de la Caisse primaire d'assurance maladie de leur domicile.

Surveillance médicale

Si le patient source est atteint par le VIH ou si l'on ne connaît pas son statut sérologique, le médecin du travail proposera à la personne blessée une surveillance sérologique et médicale. Un premier test de dépistage doit être pratiqué dans les huit jours, avec le consentement de la personne blessée. Si ce test est positif, cela signifie que la contamination est antérieure à l'accident. S'il est négatif, un suivi clinique et sérologique régulier est nécessaire jusqu'au sixième mois après l'accident.

Si le patient source est porteur du virus de l'hépatite B et si la personne blessée n'est pas vaccinée, une prévention par injection de gammaglobulines spécifiques, si possible dans les vingt-quatre heures, associée à une première injection du vaccin antihépatitique B, est recommandée. Les membres du personnel de santé doivent cependant être vaccinés contre ce virus.

Si le patient source est porteur du virus de l'hépatite C, une surveillance sérologique et médicale de la personne blessée s'impose.

Autres risques

La crainte d'une contamination par le VIH ne doit pas faire oublier aux soignants les autres risques professionnels auxquels ils sont exposés lors des soins administrés aux patients atteints par le VIH.

Risques liés aux traitements

Certains traitements spécifiques doivent être administrés avec précaution.

Les antimitotiques utilisés dans le traitement des tumeurs telles que le lymphome ou les sarcomes de Kaposi doivent faire l'objet des techniques habituelles de préparation, d'administration et de protection en vigueur dans les services de cancérologie.

Les antiviraux administrés par voie intraveineuse doivent l'être suivant les mêmes précautions que les antinéoplasiques.

Les aérosols de pentamidine utilisés en prophylaxie ou en traitement de la pneumocystose présentent peu de risques pour le personnel soignant. Quelques cas d'asthme et de conjonctivite ont été signalés, probablement consécutifs à une concentration trop importante d'aérosol dans le local. Une bonne aération de ce dernier et une éducation du patient à la technique d'utilisation appropriée sont nécessaires pour limiter la diffusion de l'aérosol dans l'air ambiant. Il est cependant recommandé de porter un masque de protection. Les asthmatiques doivent éviter le maniement des aérosols de pentamidine.

Risques de transmission d'infections

Le risque de transmission d'infections du patient au personnel soignant existe dans certaines situations. Des cas de transmission de la tuberculose (plus fréquente chez le patient immunodéprimé que dans la population générale) ont déjà été rapportés. En France, ce risque reste faible du fait de la vaccination par le BCG. Toutefois, un suivi régulier en médecine du travail, avec contrôle de l'intradermo-réaction à la tuberculine et radiographie pulmonaire, est nécessaire.

Chronologie

En recensant des événements de nature et de portée différentes, cette chronologie met en parallèle des fragments de l'histoire politique, sociale et culturelle de l'épidémie et de son actualité scientifique et médicale.

Les faits concernant la France sont signalés par un trait vertical.

1981

Juin

- **États-Unis en alerte.** Le bulletin hebdomadaire de l'agence épidémiologique fédérale (*Center for Disease Control, Atlanta*) donne la description de cinq cas récents et graves de pneumocystose pulmonaire liée à une immunodéficience inexplicable chez de jeunes homosexuels hospitalisés à Los Angeles.

Décembre

- **17 cas d'un syndrome inconnu**, qui sera ensuite désigné sous le nom de sida, sont officiellement reconnus chez des patients français. Les personnes concernées vivent, pour la majorité, dans la région parisienne et sont homosexuelles.

1982

Mars

- **Création d'un groupe de travail sur le sida**, à l'initiative de Willy Rozenbaum, qui avait diagnostiqué le premier cas de sida en France. Ce groupe est composé de médecins hospitaliers et hospitalo-universitaires, de représentants de la Direction générale de la santé et de membres d'associations de médecins gais. Les membres initiaux sont : É. Bouvet, J.-B. Brunet, J. Chaperon, J.-C. Gluckman, S. Kernbaum, D. Klatzmann, D. Lachiver, J. Leibovitch, C. Mayaud, O. Picard, J. Revuz, W. Rozenbaum, J. Villalonga et C. Weisselberg.

Juin

- ***Gay Men Health Crisis*** : création de la première association de lutte contre le sida aux États-Unis.

Août

- **Sida** : la maladie est désignée sous le nom de sida (syndrome immunodéficitaire acquis).

Décembre

- **Localisation d'un foyer épidémique** dans la région des Grands Lacs, en Afrique centrale, à partir d'observations faites sur des malades d'origine africaine séjournant dans des hôpitaux de Bruxelles et de Paris.

1983

Janvier

- Le “ ***Orphan Drug Act*** ” est adopté aux États-Unis. Cette loi encourage la recherche thérapeutique sur des pathologies rares, par l'octroi d'abattements fiscaux et la protection des brevets. La pentamidine, en octobre 1984, puis l'AZT en bénéficieront.

Mai

- **Découverte du rétrovirus dénommé LAV** (identifié par la suite comme étant l'agent causal du sida) par une équipe française composée de chercheurs de l'Institut Pasteur, dirigée par Luc Montagnier avec, notamment, F. Barré-Sinoussi, J.-C. Chermann, et des chercheurs hospitalo-universitaires : F. Brun-Vézinet, C. Rouzioux et W. Rozenbaum.

Août

- **VLS (Vaincre le sida)** : création d'une association par Patrice Meyer, axée sur l'information, puis sur les soins à domicile auprès des malades.

Septembre

- **Tests de dépistage** : premiers résultats du test Elisa mis au point par Christine Rouzioux et Françoise Brun-Vézinet. Résultats présentés par Luc Montagnier à Seillac (colloque Inserm).

1984

Avril

- **Découverte du rétrovirus HTLV-III** par l'équipe dirigée par Robert Gallo aux États-Unis. L'Institut Pasteur et le *National Institute of Health* entament une bataille juridico-scientifique qui durera dix ans. Le LAV et le HTLV-III se révéleront finalement être le même virus, baptisé plus tard VIH (virus de l'immunodéficience humaine).

Juin

- **Décès du philosophe Michel Foucault.** On apprendra par la suite qu'il était atteint du sida.

Octobre

- **Hémophiles** : aux États-Unis, les CDC recommandent l'utilisation de produits sanguins chauffés pour les hémophiles.

Décembre

- **Aides** : création d'une association ayant pour objectifs l'information, la prévention, l'aide aux malades et le soutien à la recherche. Parmi les fondateurs, le sociologue Daniel Defert, le médecin Jean-Florian Mettetal et le journaliste Frédéric Edelmann.

1985

Février

- **Permanence téléphonique de Aides.** Cette permanence donnera naissance, en novembre 1990, à Sida Info Service et sera soutenue par les pouvoirs publics.

- **Expérimentation de l'AZT.** L'efficacité de la zidovudine (AZT) sur le VIH est confirmée in vitro. Cette molécule, synthétisée en 1964, agit en inhibant une enzyme du VIH, la transcriptase inverse. Les premiers essais chez l'homme démarrent en juillet.

Mars

- **Information du milieu gai.** Première publication de documents d'information réalisés par Aides dans *Gai Pied hebdo* et premiers débats sur le sida en milieu gai, à l'initiative de l'association.

Avril

- **Première conférence internationale sur le sida,** à Atlanta (États-Unis).

Août

- **Dons de sang :** la recherche des anticorps anti-VIH sur tous les dons de sang est rendue obligatoire à partir du 1^{er} août.

Septembre

- **Premier réseau ville-hôpital,** à Paris, à l'initiative de Willy Rozenbaum.

Octobre

- **Produits sanguins :** à partir du 1^{er} octobre, pour le traitement des personnes atteintes d'hémophilie, seuls les produits sanguins préalablement chauffés en vue d'une inactivation virale seront désormais pris en charge par l'assurance maladie.

- **Décès de Rock Hudson,** acteur américain atteint du sida, qui a été la première personnalité aux États-Unis à faire connaître publiquement la maladie dont il était atteint.

- **Échec de la cyclosporine.** Georgina Dufoix, ministre des Affaires sociales, annonce les résultats " très encourageants " obtenus par des chercheurs français ayant administré cet immunosuppresseur à cinq malades. L'échec sera retentissant.

Novembre

- **Arcat** : création par Marcel Arrouy et Daniel Vittecoq, d'une association destinée, à l'origine, à favoriser le développement de la recherche clinique. Pierre Bergé en est président.
- **Première émission de télévision** destinée à la collecte de fonds pour la lutte contre le sida, organisée et animée par Line Renaud.
- **Identification du VIH-2** par une équipe de l'Institut Pasteur, associée à une équipe hospitalo-universitaire : F. Brun-Vézinet, C. Rouzioux et W. Rozenbaum. Les enquêtes épidémiologiques montreront que ce nouveau virus, aux manifestations cliniques légèrement différentes de celles du VIH-1, est essentiellement présent en Afrique de l'Ouest.

1986

Février

- **Premier gala de charité pour le sida**, organisé à l'Opéra de Paris sous le haut patronage de Danielle Mitterrand, présidé par Luc Montagnier. Le Premier ministre, Laurent Fabius, est membre du comité d'honneur.

Mars

- **Document de prévention sur le sida**, envoyé dans tous les foyers suisses par Aides-Suisse, en collaboration avec l'Office fédéral de santé publique.

Juin

- **Deuxième conférence internationale sur le sida**, à Paris, présidée par Jean-Claude Gluckman.
- **Déclaration des cas de sida** rendue obligatoire en France (non nominative).

Août

- **Aparts** : création, à l'initiative du psychiatre Didier Seux, d'une association dont l'objectif est d'offrir un hébergement et un

accompagnement social aux personnes malades du sida ayant des problèmes psychosociaux.

Septembre

- **Séroco** : mise en place de la première recherche française sur une cohorte de personnes atteintes par le VIH, afin d'étudier l'histoire naturelle de la maladie.

Novembre

- **Scandale Pauwels.** Dans un éditorial du Figaro magazine, son directeur, Louis Pauwels, parle de " sida mental " pour fustiger le mouvement lycéen et étudiant contre la loi Devaquet.

Décembre

- **“ Affection longue durée ”** : le sida est reconnu comme étant une maladie nécessitant un traitement prolongé et coûteux. Les soins liés au sida pourront donc être pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

1987

Janvier-décembre

- **Action préventive vers les toxicomanes en Grande-Bretagne.** La politique dite de réduction des risques, destinée à prévenir l'épidémie de sida chez les toxicomanes par voie intraveineuse, se généralise en Grande-Bretagne : distribution élargie de seringues, prescription de produits dits de substitution, mise à disposition de préservatifs, accès élargi au système sanitaire et collaboration avec les services de police sont les piliers de cette politique qui se montrera rapidement extrêmement efficace.

Janvier

- **Plan de lutte contre le sida**, avec campagne de prévention grand public, annoncé par Michèle Barzach, ministre de la Santé. Pour la première fois en France, une personne est officiellement chargée du sida au ministère de la Santé. Le premier à remplir cette fonction est Alain Pompidou.

- **Loi autorisant la publicité sur les préservatifs** comme moyen de prévention des MST. La promotion du préservatif était jusque-là interdite.

Février

- **Global Programme on AIDS (GPA)** : création, à l'OMS, du programme mondial de lutte contre le sida, sous la direction de Jonathan Mann.
- **CISIH** : création, par le ministère de la Santé, des onze premiers Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH).

Mars

- **Autorisation de l'AZT** : en même temps qu'aux États-Unis, l'AZT, produit par le laboratoire Wellcome-Burroughs, devient le premier antirétroviral anti-VIH à obtenir une autorisation de mise sur le marché français (AMM), après un délai, exceptionnellement rapide, de six mois suivant la fin des premiers essais cliniques.
- **Arcat** : Jean-Florian Mettetal et Frédéric Edelmann, ainsi que d'autres bénévoles et fondateurs de Aides, quittent cette dernière pour rejoindre Arcat, dont l'activité s'orientera dès lors vers la diffusion d'outils d'information, la lutte pour l'amélioration de la prise en charge et le soutien social aux malades les plus démunis.
- **Accord franco-américain sur la paternité de la découverte du VIH**. Jacques Chirac et Ronald Reagan annoncent que l'Institut Pasteur et le ministère américain de la Santé parviennent à un accord à l'amiable, y compris sur le partage des royalties provenant de la commercialisation des tests sérologiques.
- **Act Up (Aids Coalition To Unleash Power)** : naissance de l'association dans un sous-sol de Greenwich Village, à New York.

Avril

- **Première campagne nationale de prévention**, avec le spot TV “ Le sida, il ne passera pas par moi. ”

Mai

- **Seringues en vente libre dans les pharmacies.** Michèle Barzach en signe le décret d'autorisation, qui avait été bloqué l'année précédente, à la veille des élections législatives. Cette mesure, prise à l'origine pour un an, est prorogée en août 1988 par Claude Évin.
- “ *Treatment Investigational New Drugs (IND)* ” : ce texte, adopté aux États-Unis à l'initiative de la *Food and Drug Administration* (FDA), prévoit la possibilité pour les laboratoires pharmaceutiques de commercialiser des molécules qui s'annoncent prometteuses, dans l'attente d'une autorisation de mise sur le marché définitive.

Juin

- **Troisième conférence internationale sur le sida**, à Washington (États-Unis), présidée par George Galasso.

Septembre

- **Première consultation de dépistage anonyme et gratuite**, ouverte par Médecins du monde. Les pouvoirs publics en reprendront l'idée.

1988

Janvier

- **Dépistage anonyme et gratuit** : circulaire relative à la mise en place des centres de dépistage anonyme et gratuit (CDAG).

Juin

- **Quatrième conférence internationale sur le sida**, à Stockholm (Suède), présidée par Lars Olof Kallings.
- “ **Mon sida** ”, une interview de l'écrivain Jean-Paul Aron, dont le retentissement sera considérable, fait “ la une ” du *Nouvel Observateur*.

Octobre

- **Rapport Got** : publication du rapport à la demande du ministre de la Santé, Claude Évin. Ce rapport préconise la mise en place d'un dispositif institutionnel de lutte contre le sida qui aboutira, en 1989, à la création de l'Agence française de lutte contre le sida (prévention), de l'Agence nationale de recherches sur le sida (recherche) et du Conseil national du sida (éthique).

Novembre

- **Création de l'ANRS**, Agence nationale de recherches sur le sida.

Décembre

- **Lancement de la revue *Sida 89***, à l'occasion de la première Journée mondiale contre le sida. Ce mensuel d'information est édité par Arcat et le Civis ; il prend le nom de Journal du sida en 1991.
- **Création des comités consultatifs de protection des personnes dans la recherche biomédicale (CCPPRB)** par une loi qui rend aussi obligatoire le consentement éclairé des patients désirant participer à un essai thérapeutique (loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988).

1989

Janvier

- **Début de l'essai franco-britannique “ Concorde ”**, visant à évaluer l'efficacité de l'AZT chez les personnes atteintes par le VIH et asymptomatiques.

Février

- **Création du CNS**, Conseil national du sida, sous la présidence de Françoise Héritier-Augé.
- **Conseil international des organisations non gouvernementales sida** : à l'invitation de l'Organisation mondiale de la santé, un groupe de travail se réunit à Vienne (Autriche). Il sera à l'origine de l'*International Council of Aids Service Organisations* (Icaso).

Mai

- **Création de l'AFLS**, Agence française de lutte contre le sida.
- **Conférence internationale des personnes atteintes du sida et séropositives (CIPASS)**, à Copenhague (Danemark), qui aboutit, à la création d'un comité international des personnes atteintes. Ce comité deviendra officiellement le *Global Network of People+* (GNP+) en septembre 1991.

Juin

- **Traitements** : la commercialisation des aérosols de pentamidine (prévention de la pneumocystose) et du ganciclovir (traitement des infections à cytomégalovirus) est autorisée aux États-Unis.
- **Cinquième conférence internationale sur le sida**, à Montréal (Canada), présidée par Ivan Head, qui marque la reconnaissance de l'intervention des personnes atteintes. Celles-ci revendiquent le rôle d'acteurs de premier plan dans la lutte contre l'épidémie.

Juillet

- **Act Up-Paris**, création d'une association inspirée du modèle américain, à l'initiative notamment du journaliste Didier Lestrade.

1990

Mars

- **États généraux de la séropositivité**, réunissant plusieurs centaines de personnes vivant avec le VIH et leurs proches au Bataclan, à Paris. Un livre blanc, *Vivre le sida*, sortira en mars 1992.
- **Démission de Jonathan Mann**, directeur du Programme mondial de lutte contre le sida (GPA) de l'OMS, créé trois ans auparavant. Il en dénonce la bureaucratisation et l'absence de moyens.

Mai

- **Prévention de la pneumocystose à domicile** : les premiers programmes expérimentaux démarrent à l'initiative d'Arcat et du Comité

d'organisation de l'assistance respiratoire à domicile d'Ile-de-France (Cardif). Le conventionnement par la Sécurité sociale suivra en janvier 1991.

Juin

- **Premier rapport Dormont** : réalisé à la demande du ministre de la Santé, Claude Évin, ce rapport rédigé par un groupe d'experts définit des recommandations pour la prise en charge médicale précoce des personnes atteintes par le VIH.
- **Prise en charge à 100 % des soins liés à l'infection par le VIH** pour les patients ayant moins de 350 lymphocytes CD4/mm³ ou justifiables d'un traitement coûteux.
- **Sixième conférence internationale sur le sida**, à San Francisco (États-Unis), présidée par John Ziegler et Paul Volberding. La politique de restriction de l'immigration sur le territoire des États-Unis pour les personnes atteintes par le VIH conduit à son boycott massif par les Européens.

Août

- **Sol En Si** : création de l'association Solidarité Enfants Sida ayant pour objectif l'aide aux familles touchées par le sida.

1991

Juin

- **Transmission du VIH** : lors de l'examen du projet de réforme du code pénal, l'Assemblée nationale rejette les amendements, adoptés par le Sénat à l'instigation des sénateurs Jacques Sourdille et Charles Jolibois, visant à criminaliser la transmission du VIH.
- **Septième conférence internationale sur le sida**, à Florence (Italie), présidée par Giovanni Rossi : l'OMS attire l'attention sur l'important développement de l'épidémie de sida en Asie, notamment en Thaïlande et en Inde.
- **Boycottage de la conférence prévue à Boston** : le maintien de la législation américaine concernant les conditions de séjour des personnes

atteintes par le VIH provoque une contestation générale. Face à la menace de boycottage, y compris de la part des Américains, la huitième conférence, initialement prévue en juillet 1992 à Boston, aura finalement lieu à Amsterdam.

Juillet

- **Arrêt brutal de l'essai “ Imuthiol® ”** : le laboratoire français Pasteur-Mérieux interrompt un essai conduit auprès de plus de 2 000 patients, après une analyse mettant en évidence l'inefficacité du traitement.

Septembre

- **Global Network of People+ with HIV/AIDS (GNP+)**, réseau international qui se constitue officiellement à la Conférence internationale des personnes atteintes, tenue à Londres.
- **Compagnies d'assurances et pouvoirs publics** signent une convention destinée à garantir l'accès des personnes atteintes par le VIH à l'assurance sur les prêts immobiliers.

Novembre

- **Magic Johnson**, le célèbre basketteur américain, suscite une émotion considérable en annonçant sa séropositivité.

Décembre

- **Loi d'indemnisation des transfusés et des hémophiles** contaminés par le VIH. Leur nombre est évalué entre 3 000 et 6 000.
- **Rejet du dépistage obligatoire** : le débat récurrent sur la nécessité d'imposer un dépistage obligatoire prénuptial, prénatal et à l'occasion du service militaire est relancé à l'Assemblée, puis dans l'opinion. Le gouvernement décide de consulter cinq instances différentes, avant de renoncer à cette mesure.
- **Décès de l'écrivain Hervé Guibert**, atteint du sida, auteur notamment de l'ouvrage “ Le Protocole compassionnel ”.

Avril

- **“ Sida Urgence ”**, émission diffusée sur Antenne 2, permet de récolter près de 15 millions de francs au profit de l'aide aux malades et de la recherche.
- **ASUD**, naissance du premier groupe d'autosupport d'usagers de drogue en France.

Mai

- **Premiers essais sur des vaccins**, en France, chez des volontaires séronégatifs.
- **Fonds sida-solidarité-logement (FSSL)**, création pour cinq ans d'un fonds interassociatif (Aides, Arcat, Aparts, VLS et Fondation de France) en réaction aux graves problèmes de logement et d'hébergement rencontrés par des personnes malades du sida. En 1997, ce fonds ne sera pas renouvelé.

Juin

- **Autorisation de la ddl**, antirétroviral substitut de l'AZT, produit par Bristol-Myers Squibb et disponible depuis plus d'un an en protocole compassionnel. L'autorisation de mise sur le marché est obtenue en France neuf mois après les États-Unis.
- **Disparitions successives** des médecins Jean-Florian Mettet (responsable médical d'Arcat) et Jean-Michel Mandopoulos (responsable médical de l'association Aides), du sociologue Michael Pollak et du critique de cinéma Serge Daney.
- **Comportements sexuels en France** : publication des premiers résultats de l'enquête de l'ANRS et de l'INSERM.
- **Autorisation de la ddC aux États-Unis**. Cet antirétroviral, produit par le laboratoire pharmaceutique Hoffman La Roche, peut être prescrit en combinaison avec l'AZT. La ddC a bénéficié, comme l'AZT et la ddl, d'une procédure d'homologation accélérée.

Juillet

- **Huitième conférence internationale sur le sida**, à Amsterdam (Pays-Bas), présidée par Jonathan Mann : l'OMS chiffre à 14 millions le nombre de personnes atteintes par le VIH dans le monde. Selon les experts, les estimations sur l'ampleur de l'épidémie en l'an 2000 varient entre 30 et 120 millions de personnes contaminées.

Septembre

- **TRT-5** : création, par cinq associations de lutte contre le sida, d'un groupe de travail sur les questions relatives aux traitements et à la recherche clinique.

Octobre

- **Les Nuits fauves** : film de Cyril Collard, qui décède du sida quelques mois plus tard, après avoir été starifié par des médias voyant en lui le James Dean de la " génération sida ".

Novembre

- **Premières rencontres information et sida** à Paris, à l'initiative d'Arcat.

Décembre

- **Recrudescence inquiétante des cas de tuberculose** en Afrique, aux États-Unis et, dans une moindre mesure, dans les autres pays occidentaux. Celle-ci s'accompagne de l'apparition de souches multirésistantes et est liée au développement de l'épidémie de sida.

1993

Janvier

- **Nouvelle définition du sida aux États-Unis** : plus large, elle permet une meilleure prise en charge de l'infection par le VIH pour les nombreux malades sans couverture sociale et se traduit par une augmentation sensible du nombre de cas de sida recensés. Cette nouvelle définition n'est retenue qu'en partie en Europe.

Février

- **Deuxième rapport Dormont** : actualisation des recommandations pour la prise en charge des personnes atteintes par le VIH.
- **Discours de Jean-Paul II à Kampala (Ouganda)** : le pape insiste sur le contrôle de soi pour combattre le fléau du sida et rappelle que la chasteté implique que l'on s'abstienne de tout rapport sexuel en dehors du mariage. Les médias commentent cette intervention de façon sévèrement critique en évoquant une “ nouvelle condamnation du préservatif ”.
- **Xle plan** : à la demande du ministère de la Santé et de l'Action humanitaire, les associations Aides et Arcat participent à l'élaboration d'un texte sur les aspects médicaux et sociaux du sida, qui figure dans l'annexe du Xle plan.

Mars

- **Extension de la prise en charge à 100 %** des soins liés à l'infection par le VIH pour toutes les personnes qui en font la demande.

Avril

- **Résultats décevants de l'essai Concorde**, qui montrent qu'une prescription précoce d'AZT chez les patients asymptomatiques ne présente pas d'avantage par rapport à une prescription différée. L'écho médiatique brouillon et tapageur de ces résultats crée un profond désarroi chez de nombreux patients.

Mai

- **Estimation revue à la baisse du nombre de personnes atteintes par le VIH** en France, par rapport à celle annoncée en 1989 : environ 110 000 personnes seraient touchées. Cette estimation est contestée par les associations de lutte contre le sida. La France est alors, en valeur absolue, le pays d'Europe le plus touché par le sida, avec plus de 27 000 cas déclarés depuis 1981, dont près de la moitié sont décédés.

Juin

- **Neuvième conférence internationale sur le sida**, à Berlin (Allemagne), présidée par Karl-Otto Habermehl : faute de découvertes

importantes, l'énigme des *long term survivors* (“ personnes ayant une survie de longue durée ”) – personnes atteintes par le VIH dont l'infection ne semble pas évoluer – focalise espoirs et interrogations des participants.

Juillet

- Annonce hâtive du retrait de neuf tests de dépistage jugés peu fiables par le ministère de la Santé. Le standard de Sida Info Service est submergé d'appels de personnes angoissées par ce qu'elles ont pu lire ou entendre dans les médias.

Septembre

- “ **Limiter la casse** ” : naissance du collectif interassociatif qui regroupe les principales associations de lutte contre le sida ou la toxicomanie, avec l'objectif d'assurer la promotion de la politique de réduction des risques de contamination par le VIH chez les utilisateurs de drogue par voie intraveineuse, politique qui a fait partout en Europe la preuve de son efficacité.
- **Nouveau scandale Benetton** : les affiches de la firme italienne représentent des corps tatoués avec la mention “ HIV Positive ”.

Octobre

- **Première conférence sur la prise en charge extrahospitalière**, à Lyon, à l'initiative de Thierry Saint-Marc.

Novembre

- Ouverture d'un centre de traitement de substitution par la méthadone à Paris, à l'initiative de Médecins du monde.

Décembre

- **Rapport Montagnier** qui aboutit à l'intégration des missions de l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS) au ministère chargé de la santé, à la déconcentration des missions et des moyens de l'État, à la création d'un comité interministériel de lutte contre le sida, assisté par un comité des directeurs d'administration centrale.

Février

- **Résultats de l'essai franco-américain ACTG 076-ANRS 024** : un traitement par AZT administré pendant la grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie de l'enfant réduit significativement le risque de transmission du VIH d'une mère qui en est atteinte à son enfant.
- **“ Secret professionnel et sida ”**, rapport de l'Académie nationale de médecine qui suscite de vives oppositions, notamment de la part du Conseil national de l'ordre des médecins et du Conseil national du sida, car il préconise d'alléger les règles du secret médical dans un but d'information des partenaires de personnes touchées par le VIH.

Avril

- **“ Tous contre le sida ”**, émission programmée simultanément sur toutes les chaînes de télévision françaises, permet la collecte de 270 millions de francs pour la recherche et l'aide aux malades. Une association, Ensemble contre le sida (ECS), est créée pour gérer la répartition de ces fonds.

Mai

- **Nomination au Conseil national du sida** : Alain Sobel est nommé président après un an de vacance du poste.

Juin

- **Premiers États généraux du collectif Limiter la casse**, sur les thèmes de la réduction des risques et de l'autosupport chez les usagers de drogue face au sida.
- **Produits de substitution** : organisation à Paris de la conférence interuniversitaire sur la méthadone, qui consacre le caractère clinique et non plus politique des débats sur cette question.
- **Commercialisation de la ddC** qui devient le troisième antirétroviral autorisé en France.

Juin-juillet

- **Auditions de la commission sur la toxicomanie**, présidée, à la demande du gouvernement, par Roger Henrion.

Août

- **Dixième conférence internationale sur le sida**, à Yokohama (Japon), présidée par Yuichi Shiokawa. Cette conférence a de nouveau souligné la gravité de l'épidémie en Asie. Désormais, les grandes conférences internationales sur le sida se tiendront tous les deux ans.

Décembre

- **Onusida (Unaid)** : Peter Piot est nommé directeur du programme coparrainé des Nations Unies contre le sida, structure chargée de coordonner l'activité sida de six organismes de l'ONU (Unicef, OMS, Unesco, PNUD, FNUAP et Banque mondiale), qui sera opérationnelle début 1996.
- **Sommet de Paris** : 42 chefs de gouvernement ou leurs représentants signent une déclaration affirmant solennellement leur engagement et le respect de certains principes dans la lutte contre le sida.

1995

Janvier

- **Tuberculose** : l'OMS et les CDC d'Atlanta prévoient 8,8 millions de cas de tuberculose dans le monde en 1995, l'infection par le VIH étant le principal facteur de risque de réactivation d'une infection latente.

Février

- **Un programme de travail à 5 ans** (1995-1999) du comité des directeurs des administrations centrales concernées par le sida a été arrêté, avec quatre objectifs principaux : réduire les risques de contamination par voie sexuelle, sanguine et materno-fœtale par une meilleure politique de prévention ; définir et mettre en œuvre les conditions d'une véritable éducation à la santé ; apporter les soins les plus

efficaces possibles aux personnes atteintes par le VIH ; favoriser le développement de la recherche et en utiliser sans retard les résultats.

Mars

- **Distribution de seringues** : un décret paru au *Journal officiel* autorise la distribution gratuite des seringues et aiguilles.
- **La méthadone** reçoit une autorisation de mise sur le marché. Disponible en pharmacie, elle est remboursée à 65 %.

Avril

- **Sidaction 1995** : début de la campagne qui durera une semaine et rapportera 40 millions de francs, contre près de trois cents millions en 1994.
- **Enfants séronégatifs nés de mères traitéEs à l'AZT durant leur grossesse** : le conseil national du sida recommande le suivi de ces enfants “ on ne peut pas exclure a priori le risque de développement, à long terme, de pathologies diverses ”.
- **Le programme communautaire de lutte contre le sida et les MST pour 1995-1999** est adopté par le Parlement européen et doté d'un budget de 50 millions d'écus (325 millions de francs).

Mai

- **Essais thérapeutiques** : l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) remet à Simone Veil, ministre de la Santé, un rapport sur les essais menés hors cadre légal dans le domaine du sida, suggérant des “ dépôts de plainte pénale ” pour les essais douteux.

Juin

- **Condamnation par la Cour d'appel de Paris** d'une association qui devra verser à un éducateur atteint par le VIH et licencié en 1993, 150 000 francs de dommages et intérêts pour “ discrimination flagrante pour maladie ”.

Juillet

- **Premières antiprotéases** : aux États-Unis, les laboratoires Merck lancent un programme d'accès compassionnel pour le MK-639 (indinavir), à peine un mois après que les laboratoires Roche aient pris la même décision pour le saquinavir.

Septembre

- **Nouveau Code de déontologie des médecins** : paru au *Journal officiel*, il affirme plus clairement le droit des malades à l'information.
- **Bithérapie** : les résultats de l'essai Delta confortent ceux de l'essai " ACTG 175 " parus une semaine plus tôt. Une bithérapie (AZT + ddl ou AZT + ddC) serait plus efficace qu'une monothérapie par AZT pour ralentir l'évolution de l'infection.

Octobre

- **Assurance complémentaire étudiante** : les Assurances générales de France (AGF) exigeaient des étudiants une déclaration sur l'honneur de " non séropositivité ". Le Conseil national du sida, saisi par le ministère, a demandé que ces déclarations soient supprimées.

Novembre

- **Non-lieu** prononcé à Metz à l'encontre de parents n'ayant pas informé un homme de la séropositivité de leur fille. Le concubin de la jeune femme, décédée en octobre 1995, avait porté plainte contre sa compagne pour empoisonnement et contre ses parents pour non-assistance à personne en danger. Le juge d'instruction a estimé que le devoir d'assistance peut se heurter à une impossibilité morale.

Décembre

- **Condamnation par le tribunal correctionnel** d'un vétérinaire de Sarcelles qui devra verser 20 000 francs de dommages et intérêts suite au licenciement discriminatoire de son assistant, atteint par le VIH.

Janvier

- **Charge virale** : Françoise Brun-Vézinet et Jean Dormont rendent public leur rapport sur la charge virale, selon lequel “ les tests de charge virale sont probablement aujourd’hui les meilleurs éléments pour établir un pronostic et pour évaluer le traitement d’un patient ”.
- **Étrangers en situation irrégulière** : rapport du Conseil national du sida.
- “ **Trithérapie** ” : présentation à Washington de résultats nouveaux et spectaculaires chez des personnes atteintes par le VIH et traitées par l’association d’une antiprotéase et de deux autres antirétroviraux.

Février

- **La commission sociale des évêques de France** reconnaît la nécessité de l’usage du préservatif pour se protéger du sida, dans son livre *Sida, la société en question*.
- **Antiprotéases** : le gouvernement saisit le Conseil national du sida car il s’inquiète d’une éventuelle pénurie des antiprotéases. Le CNS recommande que le gouvernement se donne les moyens pour éviter la pénurie, mais, qu’au besoin, on procède à un tirage au sort des malades. Le secrétaire d’État à la Santé, Hervé Gaymard, prend position contre cette solution et annonce alors que “ dès le mois d’avril, mille traitements de plus chaque mois seront mis à la disposition des hôpitaux ”.

Mars

- **Antiprotéases** : les laboratoires Abbott et Merck annoncent qu’ils satisferont toutes les demandes d’antiprotéases. Cette annonce met fin à plusieurs semaines de polémiques.
- **Le comité de suivi assurance et sida** propose d’étendre la convention d’assurabilité des personnes atteintes par le VIH aux prêts à la consommation.

Avril

- **La commission des Droits de l'homme de l'ONU** vote une résolution demandant aux États d'interdire toute discrimination liée au sida.

Mai

- **Le nouveau carnet de santé** : selon Hervé Gaymard, secrétaire d'État à la Santé, ce carnet, qui doit être prochainement distribué aux assurés sociaux, ne mentionnera pas la séropositivité.
- **Le d4T** reçoit une autorisation de mise sur le marché dans le cadre d'une procédure d'enregistrement européenne.
- **Un manifeste pour une reconnaissance légale du couple homosexuel** est publié par le *Nouvel Observateur*. Certaines mairies ont décidé de délivrer des certificats de concubinage aux couples homosexuels.
- **Le rapport annuel de l'IGAS** dénonce les difficultés liées à la prise en charge sanitaire de populations spécifiques, et notamment des détenus.

Juin

- **Sidaction 1996** : l'émission de télévision, programmée simultanément sur toutes les chaînes récoltera près de 65 millions de francs.

Juillet

- **Onzième conférence internationale sur le sida**, à Vancouver (Canada). L'efficacité des trithérapies est confirmée ; le bénéfice à long terme reste à prouver.

Août

- **Le 3TC (lamivudine, Épivir[®]) et le ritonavir (Norvir[®])** reçoivent une autorisation de mise sur le marché en Europe.

Septembre

- **Congé longue durée des fonctionnaires** : le ministre de la Fonction publique annonce qu'à partir de décembre, le sida ouvrira le droit

à ce congé, soit trois ans à plein traitement, suivi de deux ans à demi-traitement.

Octobre

- **L'indinavir (Crixivan®) et le saquinavir (Invirase®)** reçoivent une autorisation de mise sur le marché en Europe.
- **Troisième rapport Dormont** : actualisation des recommandations pour la prise en charge des personnes atteintes par le VIH.

Novembre

- **Prisons** : un rapport de l'Inspection générale des services judiciaires révèle la consommation de drogues dans les trois-quarts des prisons françaises. De son côté, Marc Gentilini présente son rapport “ Infections à VIH, hépatites, toxicomanies dans les établissements pénitentiaires et état d'avancement de la loi de 1994 ”.

1997

Janvier

- **L'importance de l'observance des traitements**, notamment quand il s'agit d'antiviraux associés à une antiprotéase, est soulignée par la quatrième conférence internationale de Washington.
- **Dans l'Union européenne, la progression du sida est “ stabilisée ”**, sauf en Espagne, au Portugal et en Italie, selon le rapport de la Commission européenne.

Mars

- **Diminution de 25 % de la mortalité due au sida**, entre 1995 et 1996 en France.

Juin

- **Étrangers en situation irrégulière : circulaire “ Chevènement ”** relative au réexamen de certaines catégories d'étrangers en situation irrégulière.

Juillet

- **Contamination professionnelle** : l'État est condamné à verser 5,56 millions de francs à un chirurgien contaminé par le virus du sida lors d'une intervention chirurgicale en mai 1983.
- **Lettre du secrétaire d'État à la Santé** autorisant l'élargissement de la prescription d'antiviraux dans les heures qui suivent une exposition au VIH. Ce traitement était jusque-là réservé aux seules expositions dans le cadre de pratiques professionnelles.

Août

- **Déclaration de la séropositivité** : un article du *Monde* reprend les propos de Jean-Baptiste Brunet estimant qu'il faut rendre obligatoire la déclaration de la séropositivité.

Septembre

- **Expérimentation sur des femmes enceintes atteintes par le VIH** : un article du *New England Journal of medicine* dénonce des essais contre placebo menés en Afrique, en Thaïlande et en République Dominicaine, en violation des directives édictées par l'OMS.

Octobre

- **Contamination professionnelle** : un éboueur contaminé par une seringue jetée dans un sac poubelle obtient 1,5 million de francs de dommages et intérêts.
- **Actualisation des recommandations sur les stratégies d'utilisation des antirétroviraux** par le groupe d'expert sous la direction de Jean Dormont.
- **Mise à disposition des antirétroviraux dans les pharmacies de ville.** Auparavant les antirétroviraux ne pouvaient être distribués que par les pharmacies hopitalières.

Novembre

- **Onusida** : le rapport du programme commun des Nations-Unies sur le VIH-sida montre que l'épidémie de sida est bien plus grave qu'on ne le

pensait jusqu'à présent. Chaque jour, 16 000 personnes seraient contaminées ; près de 30 millions de personnes vivent avec le VIH-sida. Si le taux de transmission se maintient, le chiffre s'élèvera à 40 millions en l'an 2000.

- **Hépatite C** : l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies publie un rapport dans lequel les experts estiment à 500 000 le nombre d'usagers infectés par l'hépatite C en Europe.
- **Préservatif féminin** : à l'occasion du colloque " Femmes et infection à VIH en Europe, Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, a annoncé que le préservatif féminin serait disponible en France dans quelques mois.

Décembre

- **La dixième conférence internationale sur les MST et le sida en Afrique** débute à Abidjan (Côte d'Ivoire). Jacques Chirac, président de la République française et Bernard Kouchner, secrétaire d'État à la santé, lancent un appel en faveur d'une solidarité thérapeutique internationale.

Janvier

- Adoption de la loi créant le Comité national de la sécurité sanitaire (CNSS) qui recueillera et diffusera des informations sur l'évolution de la santé des populations. Le CNSS, présidé par le ministre de la Santé, regroupe l'Institut de veille sanitaire (IVS), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSPS) et l'Agence de sécurité sanitaire des aliments (AASSA).
- Le nelfinavir, inhibiteur de protéase commercialisé par les laboratoires Roche, reçoit une autorisation de mise sur le marché européen.

Février

- Un cas d'infection par le VIH-1 datant de 1959 a été identifié par David Ho chez un africain zaïrois. David Ho travaillait sur la recherche du plus ancien cas d'infection par le VIH-1 à partir d'échantillons de sang congelés.
- Le bureau du Haut commissariat des Nations unies aux Droits de l'homme et l'Onusida s'associent pour publier des directives internationales concernant le VIH-sida et les droits de l'homme.

Avril

- Sécurité transfusionnelle : la France est le premier pays d'Europe avec le Portugal à adopter la déleucocytation systématique sur tous les produits sanguins labiles (épuration des globules blancs du sang ou de ses dérivés). Ce procédé permet de prévenir la transmission d'agents infectieux tels les virus et les bactéries.
- Le Combivir®, association de deux antirétroviraux, est disponible en pharmacie hospitalière. Sa simplicité de prise (un comprimé matin et soir sans contrainte à l'égard des repas) améliore très sensiblement la qualité de vie des personnes sous multithérapie.

- **Sidaction 1998** : l'émission de télévision, programmée par France Télévision sur France 2 puis sur France 3 avec Ensemble contre le sida permet de récolter 15 millions de francs.
- **Campagne mondiale de lutte contre le sida chez les jeunes**, lancée par l'Onusida. La tranche d'âge des 10-24 ans représenterait selon l'Onusida 50 % des nouveaux cas d'infections.
- **Condamnation de la France par la Cour européenne des droits de l'homme** à verser 200 000 F pour dommage moral, et 42 210 F pour frais et dépens à un enfant de 12 ans contaminé par le VIH en raison de la durée jugée excessive de la procédure judiciaire. Le père, hémophile, ainsi que la mère de l'enfant, elle aussi contaminée, étaient décédés en 1993.

Juin

- **La douzième conférence internationale sur le sida**, à Genève (Suisse), présidée par Bernard Hirschel souligne le terrible décalage entre les pays qui ont accès aux traitements et ceux qui n'ont même pas accès aux tests de dépistage. La problématique de l'accès aux traitements pour les pays en voie de développement s'est imposée comme un enjeu éthique et de santé publique dans la lutte contre le sida à l'échelle internationale. L'annonce des résultats des protocoles de traitements materno-fœtale a suscité de grands espoirs, confirmés par les actions des programmes nationaux de Thaïlande, de Côte d'Ivoire et du Brésil. L'Onusida a annoncé sa décision de traiter 30 000 femmes enceintes dans les pays en développement.

Septembre

- **Jonathan Mann, pionnier de la lutte contre le sida et spécialiste mondial du sida** disparaît lors d'une catastrophe aérienne avec son épouse Mary Lou Clements, spécialiste des essais vaccinaux contre le VIH à l'OMS. C'est lui qui, au début des années 1980, a senti l'urgence de ne jamais séparer la lutte contre le virus de la lutte des Droits de l'homme. Du monde entier des voix s'élèveront pour reconnaître le rôle fondamental de cet homme dans la prise de conscience internationale de la lutte multiforme contre l'infection par le VIH.

- Autorisation de mise sur le marché européen de la nevirapine, premier inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse a en bénéficié.

Novembre

- **Onudida** : leur rapport publié à l'occasion de la journée mondiale du sida souligne que le nombre des infections par le VIH dans le monde a augmenté de 10 % en 1998.

Décembre

- **Rencontres nationales des acteurs de la lutte contre le sida** organisées à La Défense par l'association Ensemble contre le sida sur le thème “ Sommes-nous toujours d'actualité ? ”.

Thèmes des journées mondiales du sida - 1^{er} décembre de chaque année -

1989 : Première journée mondiale du sida

1990 : Femmes et sida

1991 : Unissons nos forces

1992 : Les communautés s'engagent

1993 : Agissons maintenant

1994 : Famille et sida

1995 : Droits et devoirs : partageons

1996 : Unis dans l'espoir

1997 : Les enfants dans un monde marqué par le sida

1998 : Forces du changement - Avec les jeunes en campagne contre le sida

Lexique

A

AAH, allocation adulte handicapé

Prestation sociale versée par la caisse d'allocations familiales et qui a pour but de garantir un minimum de ressources aux personnes qui ne peuvent trouver un emploi du fait de leur handicap.

Adénopathie

Augmentation de volume d'un ganglion lymphatique.

ADN, acide désoxyribonucléique

Molécule qui constitue le support de l'information génétique et donc de l'hérédité, présente dans le noyau de toutes les cellules de l'organisme.

Aérosol

Suspension, dans un gaz, de particules très fines, solides ou liquides ; conditionnement permettant de projeter cette suspension. Utilisé dans le traitement d'affections broncho-pulmonaires.

AES, allocation d'éducation spéciale

Prestation familiale versée par la caisse d'allocations familiales et destinée à aider les familles à supporter les frais supplémentaires entraînés par l'éducation d'un enfant handicapé ou gravement malade.

Aide médicale

Dispositif d'aide destiné aux personnes qui ne peuvent faire face elles-mêmes ou avec l'aide des membres de leur famille soumis à l'obligation alimentaire, aux frais des soins qui leur sont nécessaires. L'aide médicale comprend l'aide médicale à domicile (consultations, soins, traitements) et l'aide médicale hospitalière (soins, ticket modérateur, forfait hospitalier).

AIDS, *Acquired Immuno-Deficiency Syndrome*

Terme anglo-saxon pour sida.

ALD, affection longue durée

Maladie qui a été reconnue comme nécessitant un traitement prolongé et particulièrement coûteux et pour laquelle une prise en charge à 100 % (c'est-à-dire une exonération du ticket modérateur) est accordée par l'assurance maladie.

Allocation compensatrice

Allocation versée aux personnes handicapées dont l'état nécessite l'aide constante d'une tierce personne.

AMM, autorisation de mise sur le marché

Autorisation de commercialisation d'un médicament, délivrée par l'Agence du médicament au vu des résultats d'essais thérapeutiques ayant permis d'évaluer l'efficacité et la toxicité du produit. Depuis le 1^{er} janvier 1995, des AMM européennes, applicables dans l'ensemble des pays de l'Union, sont délivrées par l'EMEA, l'Agence européenne du médicament.

Amylasémie

Présence et taux d'amylase dans le sang (enzyme sécrétée par le pancréas). Le taux d'amylase augmente considérablement au début d'une pancréatite aiguë.

ANRS, Agence nationale de recherches sur le sida

Structure institutionnelle qui a pour mission de financer, d'évaluer, de stimuler et de coordonner les travaux de recherche sur l'infection par le VIH en France.

Antibiotique

Substance capable d'enrayer la multiplication des micro-organismes, notamment bactériens, ou de les détruire.

Anticorps

Substances protéiques fabriquées par l'organisme pour se défendre, en réaction à la présence de bactéries, virus ou parasites.

Antifongique

Substance qui détruit les champignons ou inhibe leur croissance.

Antigène

Constituant de bactéries, virus ou parasites, qui attaquent l'organisme, et contre lesquels celui-ci fabrique des anticorps. Le VIH est constitué de nombreux antigènes, auxquels correspondent autant d'anticorps différents.

Antigénémie p24

Taux d'antigène p24 dans le sang. L'antigène p24 est une protéine de la structure interne du VIH (p24 désigne son poids moléculaire). La mesure de l'antigénémie p24 renseigne sur la présence et le degré de réplication du virus.

Antimitotique

Substance, qui empêche la multiplication des cellules, utilisée dans le traitement des cancers.

Antiparasitaire

Substance qui détruit les parasites ou empêche leur croissance.

Antiprotéase ou inhibiteur de protéase

Médicament agissant sur le VIH en empêchant la formation de nouveaux virus par blocage d'une enzyme virale, la protéase.

Antirétroviral

Substance qui agit sur un virus appartenant à la famille des rétrovirus, en bloquant ou en réduisant son activité.

Antiviral

Substance qui agit sur un virus en bloquant ou en réduisant son activité.

Appartements de coordination thérapeutique

Logements où sont organisés soins et accompagnement social, destinés à la réinsertion sociale des patients ; l'accueil est d'une durée limitée.

ARC, Aids Related Complex

Terme anglo-saxon abandonné, qui désignait une forme intermédiaire de l'infection par le VIH.

ARN, acide ribonucléique

Molécule qui transmet, dans la cellule, l'information génétique portée par l'ADN. Le matériel génétique du VIH est constitué d'une molécule d'ARN.

Assurance invalidité

Assurance qui permet à ceux qui ont perdu leur capacité de travail, en partie ou en totalité, suite à une maladie, de recevoir une pension d'invalidité.

Assurance maladie

Système de couverture sociale qui prend en charge les soins nécessaires, pour l'assuré et pour ses ayants droit, en cas de maladie ou d'accident autre que professionnel, ainsi que le complément de revenus en cas d'arrêt de travail.

Assurance personnelle

Système de couverture sociale permettant à une personne qui ne relève pas à titre personnel ou en qualité d'ayant droit d'un régime obligatoire de la Sécurité sociale, de bénéficier de certaines prestations, moyennant le paiement d'une cotisation.

Asymptomatique

Absence de signe clinique (ou symptôme) chez des personnes atteintes d'une maladie.

ATU, autorisation temporaire d'utilisation

Mise à disposition précoce d'un médicament qui n'a pas encore reçu d'autorisation de mise sur le marché (AMM), mais qui a fourni des preuves suffisantes d'efficacité et de sécurité pour être administré à des malades. On distingue les ATU de cohorte, qui s'adressent à un ensemble de patients se trouvant dans une situation similaire et les ATU nominatives qui concernent des patients nommément désignés.

Autotransfusion

Transfusion à une personne de son propre sang, auparavant prélevé à cet effet.

Ayant droit

Personne qui peut bénéficier de la prise en charge des frais maladie et maternité sur le compte d'un assuré social du fait d'un lien familial (enfant, parent), marital (conjoint ou concubin) ou si elle est à charge effective, totale et permanente de l'assuré depuis au moins douze mois.

AZT (zidovudine, Retrovir®)

Médicament agissant contre le VIH en inhibant une enzyme de ce dernier, la transcriptase inverse. L’AZT est le premier antirétroviral anti-VIH à avoir été commercialisé, en 1987.

B

Bactéries

Organismes microscopiques unicellulaires pouvant provoquer une maladie. On les distingue en fonction de leur forme : arrondie (coques), en bâtonnet (bacilles), spiralée (spirille), etc.

Bêta-2 microglobuline

Protéine du sang qui reflète, lorsqu’elle augmente, l’activation du système immunitaire. Sa mesure est un marqueur indirect de l’évolution de l’infection par le VIH, qui n’est plus guère utilisé.

Biopsie

Prélèvement d’un fragment de tissu ou d’organe chez un sujet, en vue d’un examen au microscope ou d’une analyse biochimique devant permettre d’établir un diagnostic.

BK, bacille de Koch

Bactérie, de la famille des mycobactéries, qui est responsable de la tuberculose.

C

Cachexie

État de maigreur pathologique.

Cancer du col de l’utérus

Prolifération de cellules anormales, de type cancéreux, au niveau du col de l’utérus.

Cancers secondaires

Cancers que l’on voit apparaître de façon beaucoup plus fréquente chez les personnes atteintes par le VIH que dans une population de personnes séronégatives (maladie de Kaposi, lymphomes).

Candidat vaccin

Préparation vaccinale en cours d'évaluation.

Candidose

Infection due à un champignon, le *Candida*, qui atteint principalement la peau et les muqueuses.

Cathéter

Tuyau souple destiné à être implanté dans une veine, une artère ou un orifice naturel afin d'effectuer un prélèvement, d'administrer un médicament ou de permettre un écoulement.

CCAS ou BAS, centre communal d'action sociale ou bureau d'aide sociale

Structure qui gère les aides sociales au niveau d'une commune.

CCPPRB, comité consultatif de protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales

Comité auquel est soumis le protocole de tout essai thérapeutique avant sa mise en œuvre et qui rend un avis sur la pertinence de l'essai, sur la qualité des investigateurs et sur les modalités de recueil du consentement des patients.

CD4 (ou T4)

Voir lymphocytes.

CDAG, centre de dépistage anonyme et gratuit

Lieu où il est possible d'entreprendre une démarche de dépistage de l'infection par le VIH gratuitement et sans avoir à donner son nom. La prescription du test et l'annonce des résultats, quelques jours plus tard, sont effectués par un médecin, dans le cadre d'une consultation.

CDC, Centers for Disease Control and Prevention

Organismes publics chargés de la surveillance épidémiologique aux États-Unis.

CDG, consultation de dépistage gratuit

Lieu où il est possible de faire une démarche de dépistage de l'infection par le VIH gratuitement. La prescription du test et l'annonce des résultats,

quelques jours plus tard, sont effectués par un médecin, dans le cadre d'une consultation.

CDES, commission départementale de l'éducation spéciale

Commission qui, d'une part, oriente les enfants et adolescents handicapés physiques, sensoriels et mentaux vers les services dispensant l'éducation spéciale correspondant à leurs besoins et, d'autre part, statue sur l'attribution de l'allocation d'éducation spéciale et de son complément éventuel.

Cellule

Élément constitutif fondamental de tout être vivant. Elle se compose d'un noyau entouré de cytoplasme, qui est lui-même délimité par une membrane.

Céphalée

Mal de tête.

Charge virale

Appréciation quantitative du nombre de virus dans un milieu biologique donné. La charge virale est mesurée par différentes techniques, à partir de prélèvements de sang. La mesure la plus utilisée actuellement est celle de la charge virale plasmatique quantitative. Elle est supposée représenter la quantité de virus actifs présents dans l'organisme. Les résultats sont exprimés en nombre de copies d'ARN VIH (équivalent du nombre de virus) par ml ou sur une échelle logarithmique allant de 0 à 7 log10.

Chimiothérapie

Traitements d'une maladie par l'administration d'une ou de plusieurs substances chimiques.

Chlamydia

Micro-organisme responsable, notamment, d'infections génito-urinaires et oculaires.

Clarithromycine, (Zeclar®, Naxy®)

Antibiotique utilisé notamment pour le traitement et la prophylaxie des infections à mycobactéries atypiques.

CHRS, centre d'hébergement et de réadaptation sociale

Centre destiné à l'accueil des personnes n'ayant pas de domicile fixe.

CILS, Comité interministériel de lutte contre le sida

Comité qui a pour mission d'assurer la cohérence politique de la lutte contre le sida sous tous ses aspects, notamment en matière de prévention.

CISIH, centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine

Structures mises en place par la Direction des hôpitaux en 1987 et dont la mission est de coordonner l'activité des services hospitaliers concernés par la prise en charge des personnes atteintes par le VIH.

CMV, cytomégalovirus

Virus du groupe des herpès virus, responsable d'infections souvent graves qui touchent principalement l'œil, le poumon ou le tube digestif.

CNIL, Commission nationale de l'informatique et des libertés

Autorité administrative indépendante, créée par la loi du 6 janvier 1978, qui a pour mission de s'assurer du respect des dispositions de la loi en contrôlant l'utilisation des fichiers nominatifs et en veillant à ce que le recueil de données informatiques ne porte pas atteinte à la vie privée ou aux droits et aux libertés des individus.

CNS, Conseil national du sida

Conseil mis en place en 1989, avec pour mission de donner un avis sur l'ensemble des problèmes posés à la société par l'infection par le VIH.

Coïnfections

Infections qui surviennent simultanément.

Coccidioïdomycose

Maladie, le plus souvent pulmonaire, due à un champignon.

Cofacteur

Substance ou organisme qui peut avoir une influence sur l'apparition ou l'aggravation d'une maladie.

Cohorte

Groupe de personnes suivies dans le cadre d'une étude épidémiologique.

Consentement éclairé

Accord écrit donné par un patient pour participer à un essai thérapeutique après qu'il ait reçu une information précise sur les objectifs, les bénéfices, les risques et les inconvénients potentiels liés à l'essai, ainsi que sur ses droits et ses responsabilités.

COTOREP, commission technique d'orientation et de reclassement professionnel

Commission départementale qui étudie les demandes de statut d'adulte handicapé, d'allocation adulte handicapé, de reclassement professionnel, d'accueil en établissement spécialisé, d'allocation compensatrice.

Cotrimoxazole (Bactrim®, Bactekod®, Eusaprim®)

Antibiotique de la famille des sulfamides, notamment utilisé au cours de l'infection par le VIH pour la prévention de la pneumocystose et de la toxoplasmose.

Counselling

Terme anglais qui se rapporte à une relation interpersonnelle d'aide active et de soutien ayant pour but de permettre aux personnes de se sentir mieux, de se mobiliser et de développer de manière autonome des attitudes et des ressources pour faire face à des situations difficiles.

CPK (créatine-phosphokinase) et LDH (lacticodéshydrogénase)

Enzymes musculaires présentes dans le sang et dont l'augmentation traduit une pathologie musculaire (CPK) ou d'autre origine (LDH).

Critères biologiques

Résultats d'examens de laboratoire apportant une aide au diagnostic, au pronostic et à l'appréciation de l'évolution d'une maladie donnée. Voir aussi marqueurs de l'évolution de l'infection.

Cryptococcose

Maladie provoquée par un champignon transmis par les voies respiratoires et qui atteint principalement les méninges, la peau et les reins.

Cryptosporidiose

Maladie due à un parasite intestinal et qui se traduit par des diarrhées sévères et chroniques.

Cunnilingus ou cunnilingus

Excitation buccale des organes génitaux féminins.

D

d4T (stavudine, Zerit®)

Médicament antirétroviral dont le mode d'action contre le VIH est semblable à celui de l'AZT.

ddC, (zalcitabine, Hivid®)

Médicament antirétroviral dont le mode d'action contre le VIH est semblable à celui de l'AZT.

ddl, (didanosine, Videx®)

Médicament antirétroviral dont le mode d'action contre le VIH est semblable à celui de l'AZT.

Déficit immunitaire

Absence ou diminution des réactions immunitaires de l'organisme.

Démence

Affaiblissement plus ou moins marqué des facultés intellectuelles sous l'influence de lésions du cerveau.

Dépistage

Recherche active de signes d'une maladie, autant qu'il est possible à l'aide de méthodes simples, peu coûteuses et reproductibles.

Dermite séborrhéique

Inflammation de la peau provoquant des rougeurs squameuses, notamment sur le visage, le nombril, les parties génitales et le cuir chevelu.

Diarrhées

Évacuations fréquentes et rapides de selles liquides.

Didanosine

Voir ddl.

Division sida

Structure de la Direction générale de la santé (DGS), créée en 1987, chargée de la définition et des modalités de mise en œuvre de la politique de lutte contre l'infection par le VIH.

E

Échange de seringues

Programme de prévention à destination des usagers de drogue par voie intraveineuse, proposant de fournir des seringues neuves et du matériel d'injection stérile et de récupérer les seringues utilisées, afin de réduire les risques de transmission du VIH.

Elisa (test)

Test le plus couramment utilisé pour dépister les anticorps fabriqués par l'organisme en réaction à l'infection par le VIH.

Encéphalite

Inflammation au niveau du cerveau.

Encéphalopathie due au VIH

Atteinte directe du système nerveux central par le virus, pouvant évoluer vers une démence.

Endémie

Présence habituelle, dans une région géographique donnée, d'une maladie sévissant de façon constante ou cyclique. Voir aussi pandémie.

Epidémie

Augmentation inhabituelle et rapide du nombre de cas d'une maladie transmissible, dans une région ou au sein d'une population donnée.

Épidémiologie

Science qui étudie les facteurs intervenant dans l'apparition des maladies ainsi que leur fréquence, leurs modes de transmission, leur évolution et les moyens de prévention.

Espérance de vie

Durée moyenne de vie attendue dans un groupe humain déterminé.

Essai thérapeutique

Étude d'un médicament ou d'une association de médicaments chez l'homme afin d'en évaluer l'activité, d'en étudier l'absorption, la distribution, le métabolisme et l'excrétion. Il s'agit aussi d'identifier tout effet indésirable, afin d'établir l'efficacité des produits, de déterminer les doses et la sécurité d'emploi.

Examen clinique

Recueil de signes objectifs lors de l'examen direct d'une personne.

Examens biologiques

Analyses des liquides biologiques (sang, urines, etc.) faites en laboratoire et permettant d'orienter, de confirmer ou d'infirmer un diagnostic clinique et de suivre l'évolution d'une maladie.

F

Fellation

Excitation buccale du sexe de l'homme.

Fenêtre sérologique

Appelée également délai de séroconversion ; période entre la contamination et la séroconversion, pendant laquelle la personne nouvellement contaminée est encore séronégative. Cette période correspond au temps nécessaire à l'organisme pour fabriquer les anticorps spécifiques du VIH et à la capacité des tests à les détecter.

Fibroscopie

Examen d'une cavité interne du corps humain au moyen d'un tuyau flexible muni de fibres optiques.

Fond d'œil

Examen de l'œil consistant à dilater la pupille afin de pouvoir examiner la rétine dans son intégralité.

Fonds d'indemnisation

Structure qui gère le dispositif d'indemnisation pour les personnes contaminées par le VIH à la suite d'une transfusion de produits sanguins ou d'une injection de produits dérivés du sang.

Forfait journalier hospitalier

Somme forfaitaire de participation qui reste à la charge de l'assuré lorsqu'il est hospitalisé. Dans certains cas, il peut être pris en charge par l'aide sociale.

Foscarnet (Foscavir®)

Médicament antiviral indiqué dans le traitement des infections à herpès virus et, notamment, des infections à CMV.

G

Gamma GT

Enzyme dont le dosage sanguin permet d'apprécier la fonction hépatique et biliaire.

Ganciclovir (Cymévan®)

Médicament antiviral indiqué dans le traitement des infections à herpès virus et, notamment, des infections à CMV.

Ganglions

Éléments du système lymphatique. Celui-ci, en liaison étroite avec le sang et tous les organes du corps, est considéré comme l'organisateur de la réponse immunitaire. Dans ce réseau, les ganglions sont le quartier général de toutes les cellules impliquées dans la défense de l'organisme. Lorsque les ganglions deviennent plus gros, on parle d'adénopathies ou de lymphadénopathies. L'apparition des ganglions peut-être due à de très nombreuses causes. L'infection par le VIH ne représente que l'une d'entre elles.

Germe

Micro-organisme susceptible de déclencher une maladie (bactérie, champignon, parasite, virus).

Globule blanc

Cellule du sang, appelée également leucocyte, qui participe à la défense immunitaire de l'organisme. Il en existe trois variétés : les polynucléaires (ou granulocytes), les lymphocytes (dont les lymphocytes CD4) et les monocytes (dont les macrophages).

Gonococcie

Infection due au gonocoque, bactérie responsable de la blennorragie (“ chaude-pisse ”).

H

HAD, hospitalisation à domicile

Prise en charge du malade à son domicile, incluant souvent des soins complexes et diversifiés, comparables à ceux réalisés en hospitalisation classique.

Hémoculture

Moyen de diagnostic bactériologique d'une infection à partir d'un prélèvement de sang.

Hémophile

Personne atteinte d'une maladie héréditaire transmise aux enfants mâles et caractérisée par un retard de la coagulation et une tendance aux hémorragies graves.

Hépatite

Atteinte du foie, le plus souvent d'origine virale.

Hépatosplénomégalie

Augmentation de volume du foie et de la rate.

Herpès

Maladie infectieuse chronique due à l'herpès virus, dont on distingue deux types, 1 et 2. Elle se manifeste par l'éruption répétée sur la peau de petites vésicules transparentes qui siègent le plus souvent sur le visage (bouche, nez) dans le cas du virus de type 1, et sur les parties génitales avec le virus de type 2.

Histoplasmose

Maladie provoquée par des champignons, qui se traduit par des symptômes divers (accès de fièvre, asthénie, anémie, atteintes pleuropulmonaires, hépatosplénomégalie, adénopathies).

HIV, *Human Immuno-deficiency Virus*

Terme anglo-saxon pour VIH.

Hôpital de jour

Structure de soins accueillant des malades dont les examens, les traitements ou la surveillance ne nécessitent pas une hospitalisation à temps complet.

I

IDR, intradermo-réaction

Injection dans le derme d'une petite quantité d'antigène ou de toxine afin d'étudier le degré d'immunité du patient pour les maladies correspondantes. Cette technique est utilisée notamment pour la recherche d'une tuberculose ou d'une immunité antituberculeuse.

Immunité

Mécanisme biologique très complexe qui permet à l'organisme de résister ou de se défendre contre certains agents infectieux (microbes) ou substances (venins, produits toxiques).

Immunodéficience humaine

Absence ou diminution des réactions de défense immunitaire de l'organisme. On parle aussi d'immunodéficit.

Immunoglobulines

Protéines anticorps présentes dans le sang et douées de propriétés immunitaires, c'est-à-dire de défense de l'organisme.

Immunothérapie

Traitements visant à stimuler les réactions immunitaires.

Incidence

Nombre de nouveaux cas d'une maladie ou de personnes déclarées malades, pendant une période donnée et dans une population déterminée. Voir aussi prévalence.

Incubation

Temps qui s'écoule entre l'introduction d'un agent infectieux dans l'organisme et l'apparition des premiers symptômes de la maladie.

Indemnités journalières

Somme d'argent versée par la Sécurité sociale pour compenser en partie la perte de salaire due à un arrêt maladie.

Indinavir (Crixivan®)

Médicament antirétroviral agissant contre le VIH en bloquant une enzyme de ce dernier, la protéase. Il appartient à la famille des inhibiteurs de la protéase (ou antiprotéases).

Infection opportuniste ou secondaire

Infection consécutive au déficit immunitaire, l'organisme n'étant plus en mesure de se défendre contre des germes qui, lorsqu'il n'y a pas d'immunodéficience, n'entraînent pas de maladies.

Infection par le VIH

Infection de l'organisme par le virus de l'immunodéficience humaine ; par extension, ensemble des situations dues à cette contamination.

Infection professionnelle

Contamination d'une personne à la suite d'un accident survenant dans l'exercice de sa profession.

Interféron

Médicament ayant des propriétés antivirales, antiprolifératives et immunomodulatrices, utilisé, entre autres, contre la maladie de Kaposi.

IRM, imagerie par résonance magnétique

Technique d'imagerie médicale permettant d'obtenir une image visuelle en coupes du corps humain.

Isosporose

Infection digestive due aux parasites de type *Isospora*.

K

Kaposi

Voir maladie de Kaposi.

Karnofsky (indice de)

Échelle d'évaluation de l'autonomie d'une personne pour les gestes de la vie quotidienne.

L

Lamivudine (3TC, Épivir®)

Médicament antirétroviral dont le mécanisme d'action est semblable à celui de l'AZT. Il est le plus souvent administré en association avec ce dernier.

Lavage broncho-alvéolaire

Technique d'examen du poumon, réalisée en vue d'un diagnostic ; elle consiste à injecter dans les bronches du sérum physiologique au moyen d'un fibroscopie introduit par la bouche ou par le nez. Le liquide recueilli est ensuite analysé afin de rechercher la présence éventuelle de germes.

Leuco-encéphalopathie multifocale progressive (LEMP)

Affection cérébrale caractérisée par des lésions inflammatoires diffuses.

Leucoplasie chevelue de la langue

Manifestation buccale spécifique de l'infection par le VIH, se traduisant par la survenue de plaques blanches, d'aspect parcheminé, sur les bords latéraux de la langue.

Liquide biologique

Tout liquide contenu dans le corps humain (sang, salive, larmes, urines, liquide amniotique...).

Lymphocytes

Cellules appartenant à la catégorie des globules blancs et jouant un rôle essentiel dans la défense immunitaire. On distingue les lymphocytes B, qui produisent les anticorps, et les lymphocytes T, qui régulent la réponse immunitaire et interviennent dans le rejet des greffes. Les CD4 (ou T4) sont une sous-population de lymphocytes T, qui constitue la cible privilégiée du VIH.

Lymphome

Tumeur souvent maligne du système lymphatique.

Macrophages

Cellules du système immunitaire appartenant à la catégorie des globules blancs et qui ont pour principale fonction d'absorber des particules étrangères à l'organisme.

Maladie de Kaposi

Prolifération maligne de cellules au niveau de la peau, des muqueuses ou des organes internes. Elle se traduit par la survenue de taches violettes indolores.

Marqueurs de l'évolution de l'infection

Signes biologiques reconnus comme étant des indicateurs de l'évolution de l'infection par le VIH (taux de lymphocytes CD4 et charge virale plasmatique).

Materno-fœtale (transmission)

Littéralement : de la mère au fœtus, appelée également transmission verticale. Se dit de la transmission du VIH survenant au cours de la grossesse ou de l'accouchement.

Méthadone

Opiacé de synthèse, buvable, qui permet à l'utilisateur d'héroïne de ne pas ressentir de sensation de manque et de ne pas être dépendant d'une recherche quotidienne de drogue. Elle permet ainsi de réduire les risques liés à l'usage de drogue par voie intraveineuse. La méthadone ne provoque aucun effet de jouissance, mais elle maintient la dépendance aux opiacés. Elle permet cependant d'acquérir une meilleure qualité de vie, ce qui favorise l'accès aux soins de personnes souvent marginalisées et, à terme, aide à la réinsertion.

Mission sida

Structure de la Direction des hôpitaux (DH) du ministère de la Santé ; elle a pour tâche de coordonner les soins hospitaliers destinés aux patients atteints par le VIH.

Multithérapies

Association de plusieurs médicaments antirétroviraux ayant pour objectifs d'abaisser au maximum la charge virale, de restaurer ou de maintenir la

fonction immunitaire et de prévenir les résistances en vue d'améliorer l'état clinique.

MST (maladie sexuellement transmissible)

Maladie qui se transmet lors des contacts sexuels. L'infection par le VIH, qui se transmet également par voie sanguine, n'est pas, au sens strict, une MST. Mais la transmission sexuelle est le mode de contamination le plus fréquent.

Muqueuse

Membrane qui tapisse la paroi interne des cavités naturelles de l'organisme (bouche, vagin, anus...).

Mycobactéries

Bacilles dont il existe de nombreuses espèces largement répandues dans la nature. On distingue, d'une part, les mycobactéries responsables de la tuberculose et de la lèpre et, d'autre part, les mycobactéries dites atypiques, qui provoquent des maladies diverses.

Mycobacterium avium (infection à)

Infection dite à MAC, due à une mycobactérie atypique et qui survient chez les personnes atteintes par le VIH très immunodéprimées. Elle est souvent disséminée, touchant plusieurs organes simultanément.

Mycose

Infection parasitaire provoquée par un champignon.

N

Nelfinavir (Viracept®)

Médicament antirétroviral agissant contre le VIH en bloquant une enzyme de ce dernier, la protéase. Il appartient à la famille des inhibiteurs de la protéase (ou antiprotéases).

NFS, numération et formule sanguines

Mesure en valeur absolue et en pourcentage des principaux éléments cellulaires contenus dans le sang (globules rouges, hémoglobine, différents globules blancs, plaquettes).

O

Octroi humanitaire

Distribution par un laboratoire pharmaceutique, hors essai thérapeutique, à la demande d'un médecin, dans l'intérêt d'un malade, d'un produit n'ayant pas encore reçu d'AMM.

OMS, Organisation mondiale de la santé

Institution spécialisée des Nations unies ayant pour objectif d'amener tous les peuples à un niveau de santé le plus élevé possible.

Onusida

Programme commun coparrainé des Nations-Unies sur le sida ; structure chargée de coordonner l'activité sida de six organismes de l'ONU (Unicef, OMS, Unesco, PNUD, FNUAP et Banque mondiale).

P

Palliatif

Qui supprime ou atténue les symptômes d'une maladie sans agir directement sur ses causes. Les soins palliatifs sont l'ensemble des soins et des soutiens destinés à accompagner un malade dont l'état général est gravement atteint en préservant sa qualité de vie.

Pandémie

Épidémie qui atteint les populations d'une zone géographique très étendue (un ou plusieurs continents).

Parasite

Organisme animal ou végétal qui ne peut vivre qu'au sein d'un autre être vivant et dont la présence peut provoquer une maladie.

Particule virale

Particule infectieuse d'un virus. Appelée aussi virion, dans le cycle de la multiplication virale, elle correspond au stade où tous les constituants d'un nouveau virus sont assemblés.

Pathogène

Aptitude d'un germe à provoquer une maladie.

Pathologie

Synonyme de maladie.

PCR, Polymerase Chain Reaction

Technique biologique d'amplification de l'ADN. Elle permet de détecter et de quantifier la présence d'un virus ou d'une bactérie dans le sang ou les tissus.

Pentamidine (Pentacarinat®)

Médicament utilisé pour le traitement et la prévention de la pneumocystose.

Phosphatases alcalines

Enzymes actives en milieu alcalin provenant du foie, de l'intestin, du rein et des os.

Placebo

Substance dépourvue d'activité pharmacologique, substituée à un médicament pour étudier l'efficacité réelle de celui-ci dans le cadre d'un essai thérapeutique comparatif. Dans certains essais, on peut être amené à proposer deux placebos pour deux produits différents ; on parle alors de double placebo.

Plaquettes

Cellules sanguines qui jouent un rôle dans la coagulation.

Pneumocystose

Infection, le plus souvent pulmonaire, due à un parasite, le *Pneumocystis carinii*, se manifestant seulement en cas d'immunodépression.

Pneumopathie lymphoïde interstitielle

Affection du poumon, fréquente chez l'enfant atteint d'infection par le VIH.

Pneumopathie récurrente ou récidivante

Affection du poumon qui réapparaît plus ou moins longtemps après sa guérison.

Polyadénopathie

Augmentation de volume de plusieurs ganglions lymphatiques.

Ponction artérielle

Prélèvement sanguin dans une artère.

Prévalence

Nombre de personnes atteintes par une maladie donnée dans une population déterminée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens. Voir aussi incidence.

Prévention

Ensemble des mesures qui visent à éviter un événement donné (prévention primaire), à en réduire les conséquences par une prise en charge adaptée (prévention secondaire) et à en traiter les effets après sa survenue (prévention tertiaire).

Primo-infection

Première infection de l'organisme par un microbe. Une primo-infection ne s'accompagne pas nécessairement de signes cliniques de contamination.

Prise en charge à 100 %

Remboursement à 100 % du tarif de la Sécurité sociale des soins liés à une pathologie. Appelée aussi exonération du ticket modérateur.

Produits sanguins

Produits extraits du sang. On distingue les produits labiles (concentrés de globules rouges, de plaquettes, plasma frais congelé), dont le délai de péremption est court et qui nécessitent une conservation par le froid, et les produits stables (albumine, concentrés de facteurs de coagulation, immunoglobulines), qui se conservent plus facilement et plus longtemps.

Prophylaxie

Mesure médicale permettant d'éviter l'apparition d'une maladie (prophylaxie primaire) ou la reprise de celle-ci (prophylaxie secondaire ou traitement d'entretien).

Protocole

Document décrivant la justification, les objectifs, la méthodologie et les méthodes d'analyse statistique d'un essai thérapeutique. Il précise également les conditions dans lesquelles cet essai doit être réalisé et géré.

Protocole compassionnel

Voir ATU.

R

Radiothérapie

Traitements par les rayons X, les rayons gamma et les radiations ionisantes.

Rash

Éruption cutanée.

Réduction des risques

Politique qui vise à réduire un risque, pour les personnes ayant des comportements les exposant à une contamination, sans chercher intrinsèquement à modifier ces comportements (ex. : échanges de seringues ou programmes de substitution pour les usagers de drogue).

Régime général de la Sécurité sociale

Système de couverture sociale auquel adhèrent la majorité des assurés sociaux.

Réhydratation

Apport de liquide, par la bouche ou par toute autre voie, destiné à compenser un état de déshydratation.

RéPLICATION virale

Multiplication d'un virus à partir des cellules qu'il a infectées.

Réponse immunitaire

Réaction du système immunitaire visant à neutraliser, voire à détruire, un agent étranger à l'organisme.

Réseaux ville-hôpital

Structures créées en 1991 afin d'instaurer une meilleure coordination de la prise en charge médicale et sociale des personnes atteintes par le VIH.

Résistance virale

Capacité d'un virus à se modifier afin de se rendre insensible au(x) médicament(s) utilisé(s) contre lui.

Rétinite

Inflammation de la rétine de l'œil.

Rétrovirus

Groupe de virus dont le génome est à ARN. Ces virus possèdent une enzyme, la transcriptase inverse, capable de transcrire cet ARN en ADN proviral, rendant ainsi possible l'intégration du virus dans le génome de la cellule. Le VIH est un rétrovirus.

Rifabutine (Ansatapine®)

Antibiotique de la famille des rifamycines utilisé en particulier pour le traitement et la prophylaxie des infections à mycobactéries atypiques.

Ritonavir (Norvir®)

Médicament antirétroviral qui agit contre le VIH en bloquant une enzyme de ce dernier, la protéase. Il appartient à la famille des inhibiteurs de la protéase (ou antiprotéases).

RMI, Revenu minimum d'insertion

Allocation versée par la caisse d'allocations familiales ou la MSA (Mutualité sociale agricole) et destinée aux personnes dénuées de ressources, qui souscrivent un contrat d'insertion. Il ouvre aussi l'accès à l'assurance maladie.

S

Safe sex ou sexe sans risque

Pratiques sexuelles qui éliminent tout risque de contamination par le VIH.

Safer sex ou sexe à moindre risque

Pratiques sexuelles qui limitent les risques de contamination par le VIH.

Saquinavir (Invirase®)

Médicament agissant contre le VIH en bloquant une enzyme de ce dernier, la protéase.

Sarcome de Kaposi

Voir maladie de Kaposi.

Sécrétions sexuelles

Substances produites par les glandes sexuelles (sperme, sécrétions vaginales).

Septicémie

Infection générale due à la présence dans le sang de germes pathogènes provenant d'un foyer infectieux.

Séroconversion

Apparition des anticorps anti-VIH dans le sang (passage d'une négativité des tests de dépistage à une séropositivité). On appelle délai de séroconversion la période qui sépare la contamination de l'apparition des anticorps dans le sang.

Sérologie

Étude des sérum, de leurs propriétés, notamment immunitaires, et des modifications qu'ils subissent sous l'influence des maladies.

Séronégatif, séronégative

Situation d'une personne pour laquelle il n'a pas été mis en évidence d'anticorps spécifiques dans le sérum, soit parce qu'il n'y a pas eu d'infection, soit parce que l'infection est trop récente et que les anticorps ne se sont pas développés.

Séropositif, séropositive

Situation d'une personne pour laquelle il a été mis en évidence dans le sérum les anticorps recherchés, ce qui montre qu'elle a été infectée.

Séropositivité

État caractérisé par l'existence d'un résultat positif lors de tests sérologiques pratiqués en vue du dépistage d'une infection.

Syndrome immunodéficitaire acquis, sida

Forme la plus grave de l'infection par le VIH.

Signe biologique

Manifestation d'une maladie, observable à partir d'examens de laboratoire.

Signe clinique

Manifestation d'une maladie que peut observer un médecin lors de l'examen d'une personne.

Signe neurologique

Manifestation d'une maladie du système nerveux (ex : céphalée, raideur de la nuque, paralysie...).

Souche virale

Ensemble de virus de même origine.

SSIAD, services de soins infirmiers à domicile

Structure destinée à organiser, coordonner et dispenser des soins infirmiers à domicile.

Stavudine

Voir d4T.

Substitution

Dans le domaine de la toxicomanie, remplacement d'une drogue par un dérivé chimique (ex. : la méthadone pour l'héroïne).

Symptomatique

Manifestation d'une infection sous forme de signes (ou symptômes).

Symptôme

Signe d'une maladie. Il peut être objectif (lésion cutanée, amaigrissement) ou subjectif (ressenti par le malade comme la douleur ou une fatigue).

Syndrome

Ensemble de signes cliniques ou biologiques, de lésions qui, d'apparence parfois disparate, forment une entité reconnaissable en raison soit de leur association constante, soit d'une cause toujours la même, soit encore parce qu'ils traduisent l'atteinte d'un organe ou d'un système bien définis.

Système immunitaire

Ensemble des mécanismes de défense intervenant lors de la pénétration d'agents pathogènes (bactéries, parasites, virus, champignons) dans l'organisme. Le système immunitaire reconnaît l'agresseur et organise la défense appropriée grâce aux globules blancs. Certains sont capables de

tuer directement les cellules infectées (immunité cellulaire), d'autres sécrètent des anticorps (immunité humorale).

Système lymphatique

Ensemble des organes lymphatiques comprenant notamment les ganglions et qui, en liaison avec le sang et les autres organes, organise la réponse immunitaire.

T

Test de dépistage des anticorps anti-VIH

Analyse de sang qui permet de déceler la présence ou l'absence d'anticorps anti-VIH. Le test Elisa est la méthode de première intention la plus utilisée. En cas de positivité de ce type de test de dépistage, un test de confirmation par une technique dite de Western Blot est nécessaire.

Thrombopénie

Diminution dans le sang du nombre des plaquettes ou thrombocytes, cellules qui jouent un rôle dans la coagulation.

Ticket modérateur

Partie des frais qui reste à la charge de l'assuré (différence entre le tarif de responsabilité et le remboursement de la Sécurité sociale). Il peut être pris en charge par les mutuelles ou par l'aide sociale ou faire l'objet d'une exonération. La personne est alors remboursée à 100 % du tarif de la Sécurité sociale (ceci ne couvre pas les dépassements d'honoraires).

Tolérance des médicaments

Faculté de l'organisme de supporter les effets auxquels il est exposé lors de la prise de médicaments.

Toxicité

Propriété d'une substance qui peut empoisonner un organisme vivant. La toxicité d'un médicament se rapporte aux effets secondaires qu'il entraîne.

Toxoplasmose

Maladie due à un parasite, *Toxoplasma gondii*, en général bénigne, sauf pour le fœtus et les personnes immunodéprimées, chez qui elle peut entraîner une encéphalite grave.

Traitemen^t d'attaque

Première phase d'un traitement visant à réagir fortement contre une maladie grave, soit en utilisant des doses élevées d'un médicament, soit en associant plusieurs produits.

Traitemen^t d'entretien

Traitemen^t destiné à maintenir un état de santé stable ou à éviter la reprise d'une maladie.

Traitemen^t prophylactique ou préventif

Médicament(s) administré(s) pour éviter la survenue ou la reprise d'une maladie.

Transaminases

Enzymes activant des réactions au sein de différents tissus et passant dans le sang lors de lésions tissulaires. Leur dosage permet de mesurer le degré de l'activité ou de la destruction cellulaire.

Transcriptase inverse (ou reverse transcriptase)

Enzyme virale (voir rétrovirus) qui est la cible de certains médicaments antirétroviraux (AZT, ddl, ddC, d4T, 3TC, abacavir).

Trithérapie

Association de trois médicaments antirétroviraux, le plus souvent deux inhibiteurs de la transcriptase inverse et un inhibiteur de la protéase. Ce type d'association a montré une forte activité antirétrovirale et est désormais couramment utilisé pour le traitement de fond de l'infection par le VIH.

Tuberculose

Maladie contagieuse due au bacille de Koch (famille des mycobactéries), se manifestant le plus souvent par une atteinte pulmonaire, mais pouvant toucher tous les organes, notamment en cas d'immunosuppression.

Tumeur

Multiplication pathologique de cellules normales (tumeur bénigne) ou cancéreuses (tumeur maligne). La tumeur peut soit être limitée, soit envahir les tissus proches et diffuser à distance (métastases).

V

Vaccin

Substance possédant la propriété de stimuler le système immunitaire pour protéger d'une maladie déterminée.

VIH, virus de l'immunodéficience humaine

Virus responsable de l'infection par le VIH et du sida. On distingue le VIH-1 (le plus répandu dans le monde) et le VIH-2 (surtout présent en Afrique de l'Ouest).

Virémie

Présence de virus dans le sang.

Virus

Terme générique désignant tout agent infectieux qui ne peut se reproduire en dehors des cellules qu'il infecte.

Voie intraveineuse

Mode d'administration d'un médicament consistant à l'injecter directement dans le sang à travers une veine.

VS, vitesse de sédimentation

Examen visant à apprécier la vitesse à laquelle se sédimentent les globules rouges. Une augmentation de la VS indique un état pathologique, notamment un processus infectieux ou inflammatoire.

W

Western Blot

Voir test de dépistage des anticorps anti-VIH.

Z

Zalcitabine

Voir ddC.

Zidovudine

Voir AZT.

Zona

Infection due au virus zona-varicelle se traduisant par l'éruption sur la peau de grosses vésicules au niveau du passage d'un ou de plusieurs nerfs sensitifs.

Pour en savoir plus

Bibliographie

Cette bibliographie a été réalisée en collaboration avec le Crips - Ile-de-France, qui édite aussi une sélection bibliographique commentée comptant plus de 200 références de documents, livres, revues... (Les Bibliothèques face au sida, 1997, 44 p., 50 F).

Tout public

- **Infection par le VIH et sida**, Arcat, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, CFES, coll. " VIH et sida ", édition 1999, 200 p., gratuit. (Brochure très complète traitant de l'ensemble des questions posées par l'infection à VIH : transmission, prévention, prise en charge sociale et médicale, aspects juridiques et sociaux ; mise à jour régulière).
- **Infection par le VIH - De la situation à risque au dépistage**, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, CFES, coll. " VIH et sida ", 1998, 30 p., gratuit.
- **Infos santé jeunes**, B. Cadéac, V. Henriot, Paris, De La Martinière jeunesse, coll. " Ados guide ", 1998, 124 p., 65 F. (Être bien dans son corps, amour et sexualité, sida, MST, dépression, usage de drogue, boulimie... les " risques de la vie " expliqués aux ados).
- **Le Patchwork des noms**, Paris, Le Patchwork des noms, 40 p., 50 F. (Très beau livre reproduisant quelques panneaux français réalisés en mémoire de proches morts du sida. Diffusion Crips Ile-de-France).
- **Le S.I.D.A.**, J.-P. Cassuto, A. Pesce, Paris, Presses universitaires de France, coll. " Que sais-je ? " (2332), 6^e éd., 1996, 126 p., 42 F. (L'épidémiologie, le virus, les manifestations cliniques, le dépistage, la prévention et les traitements du sida).
- **Le sida, connaître, comprendre, agir : un regard réfléchi sur l'épidémie**, dir. P. Marchand, Paris, Gallimard, coll. " Passion de la vie ", 1996, 64 p., 110 F. (Grande variété de documents, imagerie médicale, photos, cartes, portraits, témoignages, citations).

- **Le sida et nous**, Paris, ministère du Travail et des Affaires sociales, 16 p., gratuit. (Plaquette d'information “ pour que chacun sache comment le virus se transmet et comment se protéger ”).
- **Le sida : synthèse des données récentes**, dir. P. Berche, Ch. Boitard, Y. Lévy, Montrouge, John Libbey Eurotext, “ Médecine thérapeutique ”, (hors série n° 1, avril 1996), 160 p., 165 F. (Articles courts et illustrés sur le virus, le système immunitaire, la pathologie, l'enfant et les médicaments).
- **M.S.T., maladies sexuellement transmissibles : connaître et prévenir**, dir. L. Montagnier, Paris, Med-Edition, 1996, 1^{re} éd., 127 p., 59 F. (Présentation claire et détaillée des différentes M.S.T. : modes de transmission, soins, prévention, rappel d'anatomie et de physiologie sexuelle).
- **Sida et dépistage du VIH**, Paris, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, mars 1998, 6 p.
- **Sida : les faits et l'espoir**, dir. L. Montagnier, Paris, Med-Edition, 1997, 11^e éd., 63 p., 43 F. (Présentation claire et détaillée des différents aspects de l'infection à VIH ; mise à jour régulière).
- **Sida - MST (maladies sexuellement transmissibles) - Transmission - Diagnostic/dépistage - Prévention**, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, CFES, Paris, 1998, 32 p., gratuit.

Personnes atteintes

- **Droit et sida – guide juridique**, Aides, Paris, Librairie générale de droit et de jurisprudence, 3^e éd., 1996, 197 p., 100 F. (Droit des personnes, des biens, du travail, de la protection sociale et des assurances ; mise à jour régulière).
- **Guide pratique des antirétroviraux**, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Agence du médicament, Paris, CFES, coll. “ VIH/sida ”, 1997, 16 p., gratuit.
- **Information = pouvoir - Les essais cliniques pour les personnes atteintes par le VIH**, Act Up-Paris, 1997, 38 p., gratuit. (Pour mieux comprendre et participer à un essai de médicament).

- **Laura va à l'hôpital**, Sol en Si, Paris, Doin, 1996, 16 p., 45 F. (Un moment de la vie d'une famille concernée par le sida).
- **VIH et vacances**, Arcat/*Le Journal du sida*, 2^e édition, 1996, 88 p. (Guide pratique pour prévoir et organiser le départ en vacances sans rompre la prise en charge médicale et sociale).
- **VIHVRE : le guide du sida**, dir. D. Jayle et G. Pialoux, Paris, Crips-Vigot, 1996, 565 p., 98 F. (Guide destiné aux personnes atteintes, leur entourage et ceux qui les accompagnent dans leur lutte).

Professionnels sanitaires et sociaux

- **Assistantes sociales et VIH – Actes du colloque des 7 et 8 janvier 1997**, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998, 124 p.
- **Communication et sida : un tournant ?**, CFES, *La Santé de l'homme*, n° 326, nov.-déc. 1996, 62 p., 34 F.
- **Enfants nés de mère séropositive au VIH – Aspects psychosociaux et dynamiques familiales**, Inserm, 1995, coll. “ Questions en santé publique ”, 158 p.
- **Éthique, sida et société**, Rapport d'activité du Conseil national du sida 1989-1994, Paris, La Documentation française, 1996, 490 p.
- **Éthique, sida et société**, Rapport d'activité du Conseil national du sida 1994-1996, Paris, La Documentation française, 1998, 276 p.
- **Guide des centres de moyen séjour pour les personnes vivant avec le VIH-sida**, Aides, Paris, 1996, 260 p., 50 F. (Outil d'orientation à destination des travailleurs sociaux).
- **Histoires de femmes**, Aides, Paris, 1997, 144 p., gratuit. (Contraception, MST, risques, préservatif, dépistage, maternité, suivi médical... Outil de prévention construit autour du recueil de témoignages de femmes).
- **L'accueil de l'enfant séropositif**, VIH-enfant-Languedoc-Roussillon/Arcat, 2^e éd., 1996, 76 p., gratuit. (Brochure destinée aux travailleurs sociaux et aux personnels des structures d'accueil de l'enfance).

- **Le couloir : une infirmière au pays du sida**, F. Baranne, Paris, Gallimard, 2^e éd. 1995, 164 p., 34 F. (Témoignage d'une infirmière sur l'accompagnement des malades).
- **Le counseling : théorie et pratique**, C. Tourette-Turgis, Paris, Presses universitaires de France, coll. " Que sais-je ? " (3133), 1996, 126 p., 42 F. (Le *counseling*, relation d'aide, de conseil et de soutien, est centré sur la prise en compte de la situation globale de la personne).
- **Le sida, réponses aux questions du personnel de santé**, AP-HP/Arcat, 7^e édition, septembre 1997, 88 p., gratuit. (Réponses à 89 questions sur la maladie, la transmission, les tests, la prévention).
- **Les traitements de substitution pour les usagers de drogue**, D. Touzeau, C. Jacquot, Paris, Arnette, coll. " Pharmascopie ", 1997, 195 F.
- **Les travailleurs sociaux face au sida - L'accompagnement social**, Etsup/Arcat, novembre 1996, 104 p., gratuit. (Guide social destiné aux personnes qui accueillent, informent et accompagnent les personnes atteintes par le VIH).
- **Le VIH-sida en milieu migrant arabo-musulman en France**, K. Cherabi, D. Fanget, Paris, Arcat, 1997, 140 p., gratuit. (Enquête qualitative menée auprès des médiateurs et des professionnels du secteur sanitaire et social du milieu migrant arabo-musulman).
- **L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine**, ministère du Travail et des Affaires sociales, Conseil national du sida, Paris, Direction des Journaux officiels, n° 95/10 bis, 386 p., 85 F. (L'essentiel des textes sur l'infection par le VIH parus au *Journal officiel* jusqu'en 1995).
- **Prise en charge des personnes atteintes par le VIH - Rapport 1996**, dir. J. Dormont, ministère du Travail et des Affaires sociales, Flammarion, coll. " Médecine-Sciences ", 1996, 324 p.
- **Sida, enfant, famille - Les implications de l'infection à VIH pour l'enfant et la famille**, dir. E. Chevallier, Paris, Centre international de l'enfance, 1993, coll. " Les synthèses bibliographiques ", 356 p.

- **Sida et vie psychique – Approche clinique et prise en charge**, dir. S. Hefez, Paris, La Découverte, coll. “ Recherches ”, 1996, 336 p., 225 F. (Aspects cliniques et institutionnels de la prise en charge ; ouvrage destiné à la fois aux intervenants spécialisés et aux personnes atteintes).
- **Soins infirmiers aux personnes atteintes de maladies infectieuses et aux personnes atteintes de l'infection par le VIH**, M. Gayraud, O. Lortholary et coll., Paris, Masson, 1997, (Nouveaux cahiers de l'infirmière ; 17), 150 F. (Prévention de la transmission des infections nosocomiales et des maladies contagieuses, administration de divers médicaments avec de multiples effets secondaires et interactions...).
- **Soins et sida – Les chiffres clés**, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, secrétariat d'État à la Santé, 6^e édition, janvier 1998, 76 p.

Rapports de l'Agence nationale de recherches sur le sida

Coll. “ sciences sociales et sida ”

- **Les Jeunes face au sida : de la recherche à l'action**, 1993, 128 p.
- **Les Personnes atteintes : des recherches sur leur vie quotidienne et sociale**, 1994, 96 p.
- **Connaissances, représentations, comportements**, 1994, 112 p.
- **Sexualité et sida – Recherches en sciences sociales**, 1995, 382 p.
- **Les Homosexuels face au sida – Rationalités et gestions des risques**, 1996, 96 p.
- **Le Dépistage du VIH en France – Politiques et pratiques**, 1996, 136 p.
- **Le Sida en Afrique**, 1997, 172 p.
- **Des professionnels face au sida - Évolution des rôles, identités et fonctions**, 1998, 130 p.
- **Le sida en Europe - Nouveaux enjeux pour les sciences sociales**, 1998, 188p.

Médecins

- **Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)**, Paris, Direction générale de la santé. (Situation épidémiologique du sida en France. Voir notamment les numéros spéciaux – recueils des différents articles du BEH – “ Le sida et l'infection par le VIH ”).
- **Nutrition et infection par le VIH**, J.-Cl. Melchior, O. Goulet, Paris, Masson, 1997, 288 p., 250 F. (Informations utiles aussi bien pour les spécialistes que pour les malades et leur entourage).
- **Rapports trimestriels**, Centre collaborateur de l'OMS sur le sida en Europe, Hôpital Saint-Maurice. (Situation épidémiologique du sida en Europe).
- **Répertoire des essais thérapeutiques en France**, Arcat, 6^e édition, avril 1998, 224 p., gratuit. (Essais en cours, essais terminés, index par essai et par site, adresses utiles).
- **Sida : édition 1998**, P.-M. Girard, C. Katlama, G. Pialoux, Paris, Doin, 1998, 512 p.
- **Sida : guide pratique 1997**, dir. W. Rozenbaum, Impact Médecin Hebdo, 1997, 192 p., 140 F. (Aspects psychologiques, soins à donner après l'hospitalisation, prise en charge sociale, toxicomanies et VIH, malnutrition, l'infection à VIH du nourrisson et de l'enfant, etc.).
- **Stratégies d'utilisation des antirétroviraux dans l'infection par le VIH – Rapport 1998**, dir. J. Dormont, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Flammarion, coll. “ Médecine-Sciences ”, 1998, 166 p.
- **Traitements de l'infection à VIH – I/Antirétroviraux – Prescription, dispensation et prise en charge**, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Agence du médicament, Paris, CFES, coll. “ VIH/sida ”, 1997, 12 p., gratuit.
- **Traitements de l'infection à VIH – II/Stratégies d'utilisation des antirétroviraux dans l'infection par le VIH, octobre 1997**, dir. J. Dormont, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris, CFES, coll. “ VIH/sida ”, 1998, 12 p., gratuit.

- Traitements de l'infection à VIH - III/Diagnostic précoce, traitement antirétroviral après exposition et dépistage de l'infection par le VIH, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Paris, CFES, coll. " VIH/sida ", 1998, 76 p., gratuit.

Revues

- *Action*, Act-Up Paris, mensuel (n° 1, juil. 1991), abonnement annuel 80 F. (Lettre mensuelle de l'association Act-up Paris).
- *Chrétiens et sida*, trimestriel (n° 1, oct. 1992), abonnement annuel 100 F. (Lettre d'information de l'association Chrétiens et sida).
- *Infos plus*, Aides Fédération nationale, (n° 1, nov. 1991), abonnement gratuit. (Documents thématiques sur la maladie et les traitements).
- *Le bulletin des réseaux ville-hôpital*, ministère de l'Emploi et de la Solidarité, trimestriel (n° 1, déc. 1994).
- *Le Journal du sida*, Arcat/Civis, mensuel (n° 0, déc. 1988), abonnement 390 F. (Revue d'informations, de débats et d'analyses sur le sida).
- *Observations & témoignages*, Sida Info Service, trimestriel (n° 1, nov. 1991), abonnement annuel 50 F. (Analyses et réflexions menées à partir des entretiens téléphoniques de Sida Info Service).
- *Protocoles*, Act Up-Paris, bimestriel (n°1, mai 1997), 50 F. (Bulletin d'information sur les essais cliniques).
- *Remaides*, Aides Paris Ile-de-France, trimestriel (n° 1, oct. 1990), abonnement gratuit. (Revue d'informations médicales)
- *Transcriptase*, Pistes, mensuel (n° 1, déc. 1991), abonnement annuel 350 F. (Revue critique de la littérature scientifique internationale sur le sida).

Centres régionaux d'information et de prévention du sida

Les Crips (centres régionaux d'information et de prévention du sida) sont des centres de ressources documentaires présentant des affiches, des expositions, des brochures, des vidéo, des outils pédagogiques, des ouvrages, des dossiers... D'autres fonds documentaires sont consultables dans certaines associations et dans les comités régionaux ou départementaux d'éducation pour la santé.

Crips

Aquitaine

Université de Bordeaux-II
3 ter, place de la Victoire
33076 Bordeaux Cedex
Tél. : 05 57 57 18 80/81
Fax : 05 57 57 18 82

Crips

Auvergne

CADIS
3-5, place Aragon
63000 Clermont-Ferrand
Tél. : 04 73 34 12 12
Fax : 04 73 37 97 65

Crips

Ile-de-France

192, rue Lecourbe
75015 Paris
Tél. : 01 53 68 88 88
Fax : 01 53 68 88 89
3614 CRIPS
E-mail : documentation@crips.asso.fr

Crips

Nord-Pas-de-Calais

MRPS
13, rue Faidherbe
59046 Lille Cedex

Tél. : 03 20 15 49 10
Fax : 03 20 15 49 01
E-mail : docmrps@easynet.fr

Crips

Pays de la Loire

ORS Pays de la Loire
Hôtel de la Région
1, rue de la Loire
44266 Nantes Cedex 2
Tél. : 02 40 41 41 28
Fax : 02 40 41 36 94

Crips Provence-Alpes-

Côte d'Azur

- Antenne Marseille
18, rue Lafon
13251 Marseille Cedex 20
Tél. : 04 91 13 03 40
Fax : 04 91 33 32 46
E-mail : crippspaca@lac.gulliver.fr
- Antenne Nice
6, rue de Suisse
06000 Nice
Tél. : 04 92 14 41 20
Fax : 04 92 14 41 22

Crips

Rhône-Alpes

CRAES
9, quai Jean-Moulin
69001 Lyon
Tél. : 04 72 00 55 70
Fax : 04 72 00 07 53
E-mail : craes-lyon@asi.fr

Sites Internet

<http://services.worldnet.fr/acttreat/>

Site de l'association Action traitement

<http://www.actupp.org>

Site de l'association Act-Up Paris

<http://www.aides.org>

Site de l'association Aides

<http://www.b3e.jussieu.fr/rnsp>

Site du réseau national de santé publique

<http://www.ccne-ethique.org>

Site du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

<http://www.ceses.org>

Site du centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida

<http://www.crips.asso.fr>

Site du réseau des Crips

<http://www.crips.asso.fr/webidf/partenaires>

Site de la revue Transcriptase

<http://www.hivnet.ch>

Site suisse sur le sida

<http://www.sante.gouv.fr>

Site du ministère de l'Emploi et de la Solidarité

<http://www.sidaction.org>

Site d'Ensemble contre le sida

<http://www.sidanet.asso.fr>

Site francophone pour les praticiens

<http://www.solensi.asso.fr>

Site de l'association Sol En Si

<http://www.unaids.org>

Site de l'Onusida

<http://www.vih.org>

Site des associations françaises de lutte contre le sida

Permanences téléphoniques nationales

Actions-traitements

Ligne d'information et de conseils sur les traitements

Lundi-vendredi 15 h à 18 h

Tél. : 01 43 67 00 00

Drogues infos service

7 jours sur 7, 24 heures sur 24

appel anonyme, confidentiel et gratuit

N° vert régionalisé : 0 800 23 13 13

Écoute gaie

Lundi-jeudi 18 h à 22 h

Tél. : 01 44 93 01 02

Facts

Help-line for english-speaking people

Lundi, mercredi, vendredi 18 h à 22 h

Tél. : 01 44 93 16 69

Fil santé jeune

7 jours sur 7, de 8 h à 24 h

appel confidentiel et gratuit

N° vert : 0 800 235 236

Ligne Azur

Pour les jeunes en recherche d'orientation sexuelle et leurs proches

Lundi au samedi de 17 h à 21 h

N° azur : 0 801 20 30 40

Réso

Accès aux soins pour les plus démunis

Lundi-vendredi 9 h à 20 h, samedi 9 h à 13 h

appel confidentiel et gratuit

N° vert : 0 800 23 26 00

Sida Info Droit

Ligne juridique et sociale

Un partenariat de Aides et de Sida Info Service

Mardi 16 h à 22 h, vendredi 14 h à 18 h.

N° azur : 0 801 636 636

Sida Info Service (SIS)

7 jours sur 7, 24 heures sur 24,

appel anonyme, confidentiel et gratuit

N° vert régionalisé : 0 800 840 800

3615 SIDA INFO (1,29 F/mn)

VIH Info soignants

Pour répondre aux soignants confrontés au VIH et aux accidents d'exposition au sang

7 jours sur 7, 9 h à 23 h

N° azur : 0 801 630 515

Carnet d'adresses

Il existe de nombreuses structures qui participent à un titre ou à un autre à la lutte contre le sida. Nous donnons ici les coordonnées des institutions qui ont une action nationale ou régionale. Les coordonnées des structures locales peuvent être obtenues en appelant Sida Info Service au 0 800 840 800 ou, dans chaque département, à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

ACCS

Association des communistes combattants du sida

2, esplanade de la Rosace

93200 Saint-Denis

Tél. : 01 42 43 77 21

Fax : 01 42 43 77 29

Acctes

Association de coopération et de coordination de travaux d'études sur le sida
21, rue de Dantzig

75015 Paris
Tél. : 01 44 49 49 71

Actions-traitements

(Groupes de suivi médical pour personnes atteintes et personnel soignant)
190, boulevard de Charonne
75020 Paris
Tél. : 01 43 67 66 00
Fax : 01 43 67 37 00
3614 HIVINFO

Act Up-Paris

(Actions politiques, revendication, défense des droits des malades)
45, rue Sedaine
75011 Paris
Tél. : 01 48 06 13 89
Fax : 01 48 06 16 74
3615 ACTUP
E-mail : act@actupp.org

ADT

Association de défense des transfusés
(Aide dans la constitution d'un dossier de recours en indemnisation)
11, rue Bailly
75003 Paris
Tél. : 01 40 27 84 44
Fax : 01 40 27 86 11

Aides Fédération nationale

(Association de volontaires pour l'aide aux personnes atteintes et à leurs proches, l'aide à la recherche, l'information et la prévention. Présente dans une centaine de villes en France)
23, rue de Château-Landon
75010 Paris
Tél. : 01 53 26 26 26
Fax : 01 53 26 27 00
3615 AIDES

AJCS

Action jeunes conseil santé

(Information, prévention)

6, rue Dante

75005 Paris

Tél. : 01 46 33 71 83

Fax : 01 46 33 71 48

E-mail : ajcs@chez.com

ALS

Association de lutte contre le sida

(Accueil, information, prévention, aide aux malades)

16, rue Pizay

BP 1208

69209 Lyon Cedex 01

Tél. : 04 78 27 80 80

Fax : 04 78 39 15 61

Anit

Association nationale des intervenants en toxicomanie

8, rue de l'Haye

69230 Saint-Génis-Laval

Tél. : 04 78 56 46 00

Fax : 04 72 39 97 58

Arcat

Association de recherche, de communication et d'action pour le traitement du sida

(Aide aux malades, service médico-social, aide à la recherche, publication d'informations générales et spécialisées)

94-102, rue de Buzenval

75020 Paris

Tél. : 01 44 93 29 29

Fax : 01 44 93 29 30

www.arcat-sante.org

Armée du Salut

(Hébergement)

60, rue des Frères-Flavien

75976 Paris Cedex 20

Tél. : 01 43 62 25 00

Fax : 01 43 62 25 56

ASP

Association pour le développement des soins palliatifs
44, rue Blanche
75009 Paris
Tél. : 01 45 26 58 58
Fax : 01 45 26 23 50

Association des médecins gais (AMG)

(Conseils, documents de prévention)
BP 433
75527 Paris Cedex 11
Tél. : 01 48 05 81 71
Mercredi 18 h à 20 h et samedi 14 h à 16 h.
3615 GPH puis AMG

Association des polytransfusés

8, boulevard Davout
75020 Paris
Tél. et fax : 01 43 56 82 66

Association Didier-Seux, santé mentale et sida

(Professionnels de santé)
6, rue de l'Abbé-Grégoire
75006 Paris
Tél. : 01 45 49 26 78
Fax : 01 45 48 07 77

Association française des hémophiles

6, rue Alexandre-Cabanel
75739 Paris Cedex 15
Tél. : 01 45 67 77 67
Fax : 01 45 67 85 44
E-mail : afh@calva.net

ASUD

Auto-support des usagers de drogue
23, rue de Château-Landon
75010 Paris
Tél. : 01 53 26 26 53
Fax : 01 53 26 26 56

Centre gai et lesbien (CGL)

3, rue Keller
75011 Paris
Tél. : 01 43 57 21 47
Fax : 01 43 57 27 93

Chrétiens et sida

(Groupes de réflexion, permanences d'accueil)
30, rue Boucrys
75018 Paris
Tél. : 01 46 07 89 81
Fax : 01 46 07 34 81
E-mail : chretien.sida@vih.org

Collectif Olympio

(Regroupement des bus actions de santé communautaires avec les personnes prostituées)
c/o Cabiria
4, rue Désiré
BP 1145
69203 Lyon Cedex 01
Tél. : 04 78 30 02 65
Fax : 04 78 30 97 45

Croix-Rouge française

1, place Henry-Dunant
75008 Paris
Tél. : 01 44 43 11 00
Fax : 01 44 43 11 01

Dessine-moi un mouton

(Aide aux enfants atteints par le VIH et à leur famille)
35, rue de la Lune
75002 Paris
Tél. : 01 40 28 01 01
Fax : 01 40 28 01 10
E-mail : dessine.moi.un.mouton@wanadoo.fr

ECS

Ensemble contre le sida

(Collecte de fonds pour la recherche et les associations)

228, rue du Faubourg-Saint-Martin

75010 Paris

Tél. : 01 53 26 45 55

Fax : 01 46 07 82 82

E-mail : sidaction@sidaction.org

Emmaüs France

179 bis, quai de Valmy

75010 Paris

Tél. : 01 46 07 51 51

Fax : 01 46 07 69 10

Facts

Free Aids Counselling Treatment Support for english-speaking people of all nationalities with or affected by HIV/Aids

190, boulevard de Charonne

75020 Paris

Tél. : 01 44 93 16 32

Fax : 01 44 93 16 60

Fédération nationale des centres de lutte contre le sida

(Professionnels de santé)

Groupe hospitalier Pellegrin

Hôpital du Tondu

Place Amélie Raba-Léon

33 076 Bordeaux Cedex

Tél. : 05 56 79 56 06

Fax : 05 56 79 60 87

E-mail : cisih@chu-aquitaine.fr

First

Formations-interventions-recherches sur le sida et les toxicomanies

(Professionnels)

26, avenue Saint-Mandé

75012 Paris

Tél. : 01 40 04 94 46

Fax : 01 44 75 06 90

E-mail : assfirst@club-internet.fr

Fnars

Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale
76, rue du Faubourg-Saint-Denis
75010 Paris
Tél. : 01 45 23 39 09
Fax : 01 47 70 27 02

Fondation de France

40, avenue Hoche
75008 Paris
Tél. : 01 44 21 31 00
Fax : 01 44 21 31 01

Fondation mondiale recherche et prévention sida

(Recherche et prévention)
1, rue Miollis
75732 Paris Cedex 15
Tél. : 01 45 68 38 41
Fax : 01 42 73 37 45

Le kiosque info sida toxicomanie

(Information, prévention)
6, rue Dante
75005 Paris
Tél. : 01 44 78 00 00
Fax : 01 48 04 95 20

Le Patchwork des noms

(Aide au deuil par la réalisation de panneaux de tissus à la mémoire de proches décédés du sida)
c/o Sida Info Service
190, boulevard de Charonne
75020 Paris
Tél. : 01 44 93 16 16

Les Sœurs de la perpétuelle indulgence

(Groupe d'homosexuels travestis en religieuses, collecte de fonds)
13, rue Raymond-Losserand
75014 Paris
Fax : 01 45 39 69 72

Médecins du monde

62, rue Marcadet
75018 Paris
Tél. : 01 44 92 15 15
Fax : 01 44 92 99 99
E-mail : medmonde@club-internet.fr

Médecins sans frontières

8, rue Saint-Sabin
75011 Paris
Tél. : 01 40 21 29 29
Fax : 01 48 06 68 68
3615 MSF
E-mail : office@paris.msf.org

Opals International

Organisation pan-africaine de lutte contre le sida
(Prévention, formation, centres de traitements ambulatoires)
15-21, rue de l'École-de-Médecine
75006 Paris
Tél. : 01 43 26 30 86
Fax : 01 43 25 66 16
E-mail : opalsjav@CCR.jussieu.fr

Secours catholique

106, rue du Bac
75007 Paris
Tél. : 01 45 49 73 00
Fax : 01 45 49 94 50
3615 Secours catholique

Sol En Si

Solidarité, enfants, sida
(Aide aux familles touchées par le sida : halte-garderie, soutien à domicile, recherche d'emploi et de logement)
125, rue d'Avron
75020 Paris
Tél. : 01 43 79 60 90
Fax : 01 43 79 80 03

E-mail : solensi@imager.net

Solidarité sida

(Récolte de fonds, actions de prévention auprès des jeunes, formation de relais)

14, rue de Savoie

75006 Paris

Tél. : 01 53 10 22 22

Fax : 01 53 10 22 20

SOS Habitat et soins

Association pour les appartements et les actions de relais thérapeutique et social

(Hébergement transitoire et suivi social pour personnes atteintes par le VIH ou usagers de drogues, en situation de précarité)

379, avenue du Président Wilson

93210 La Plaine Saint-Denis

www.groupe-sos.org

Syndicat national des entreprises gaies (SNEG)

(Information et prévention)

44, rue du Temple

75004 Paris

Tél. : 01 44 59 81 01

Fax : 01 44 59 81 03

Uraca

Unité de réflexion et d'action des communautés africaines

1, rue Léon

75018 Paris

Tél. : 01 42 52 50 13

Fax : 01 44 92 95 35

VLS

Vaincre le sida

41, rue Volta

75003 Paris

Tél. : 01 44 78 75 50

Fax : 01 42 77 66 37

Organismes officiels

Agence du médicament

143-145, boulevard Anatole-France
93200 Saint-Denis
75015 Paris
Tél. : 01 48 13 20 00
Fax : 01 48 13 20 03

Agence française du sang (AFS)

6, rue Alexandre-Cabanel
75015 Paris
Tél. : 01 44 49 66 00
Fax : 01 44 49 66 19

Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS)

101, rue de Tolbiac
75013 Paris
Tél. : 01 53 94 60 00
Fax : 01 53 64 60 01
E-mail : hpollard@anrs.imaginet.fr

Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida

(Centre collaborateur de l'OMS-CE)
Hôpital national de Saint-Maurice
14, rue du Val-d'Osne
94410 Saint-Maurice
Tél. : 01 41 79 68 00
Fax : 01 41 79 68 01
E-mail : jaceses@b3e.jussieu.fr

Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

71, rue Saint-Dominique
75007 Paris
Tél. : 01 44 42 48 52 ou 53
Fax : 01 44 42 48 48
E-mail : contact@ccne-ethique.org

Comité français d'éducation pour la santé (CFES)

2, rue Auguste-Comte

BP 51

92174 Vanves

Tél. : 01 41 33 33 33

Fax : 01 41 33 33 90

3615 CFES

Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)

21, rue Saint-Guillaume

75340 Paris Cedex 07

Tél. : 01 53 73 22 22

Fax : 01 53 73 22 00

3615 CNIL

Conseil national du sida (CNS)

25-27, rue d'Astorg

75008 Paris

Tél. : 01 44 56 38 50

Fax : 01 44 56 38 90

Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels

Direction des relations du travail

20 bis, rue d'Estrées

75700 Paris 07 SP

Tél. : 01 44 38 26 41

Fax : 01 44 38 26 48

Direction des hôpitaux

Mission sida

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

8, avenue de Ségur

75350 Paris 07 SP

Tél. : 01 40 56 46 58

Fax : 01 40 56 58 30

E-mail : dh-e02-chfbur@sante.gouv.fr

Division de l'Action sociale

Division sida

Direction générale de la santé

8, avenue de Ségur
75350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 56 01 ou 95
Fax : 01 40 56 56 20
E-mail : dgs-ds@sante.gouv.fr

Direction des Journaux officiels

26, rue Desaix
75727 Paris Cedex 15
Tél. : 01 40 58 75 00
Tél. : 01 40 58 76 00 (serveur vocal)
Fax : 01 45 79 17 84
3616 JOEL

Documentation française

29-31, quai Voltaire
75344 Paris Cedex 07
Tél. : 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 72 30

Fonds d'indemnisation des hémophiles transfusés

BP 115
94303 Vincennes Cedex
Tél. : 01 43 98 78 78
(Lettres recommandées avec accusés de réception)

Geres

Groupe d'étude sur le risque d'exposition au sang
(Professionnels de santé)
Faculté de médecine Xavier-Bichat
16, rue Henri-Huchard
BP 416
75870 Paris Cedex 18
Tél. : 01 44 85 61 83
Fax : 01 44 85 62 45
E-mail : geres@imaginec.fr

Haut comité de la santé publique

1, place Fontenoy
75350 Paris 07 SP

Tél. : 01 46 56 60 00

Fax : 01 46 56 79 49

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

101, rue de Tolbiac

75654 Paris Cedex 13

Tél. : 01 44 23 60 00

Fax : 01 45 85 68 56

Institut national de recherche et de sécurité (INRS)

30, rue Olivier-Noyer

75680 Paris Cedex 14

Tél. : 01 40 44 30 00

Fax : 01 40 44 30 99

Mildt

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

10, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée-Buffon

75506 Paris Cedex 15

Tél. : 01 40 56 63 00

Fax : 01 40 56 63 13

Programme commun des Nations Unies sur le VIH-sida (Onusida)

20, avenue Appia

1211 Genève 27

Suisse

Tél. : (+4122) 791 3666

Fax : (+4122) 791 4187

Réseau national de santé publique (RNSP)

Hôpital national de Saint-Maurice

14, rue du Val-d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex

Tél. : 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 66

E-mail : lot@b3e.jussieu.fr

Consultations de dépistage anonyme et gratuit

(Source : Division sida – septembre 1998)

Ces coordonnées sont aussi disponibles sur minitel par l'annuaire électronique de France Telecom, gratuit les trois premières minutes. Faire le 36 11, taper " sida " et une localité et se laisser guider.

Dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG et CIDAG), l'identité des personnes n'est pas demandée.

01 AIN

- **Bourg-en-Bresse**

Centre hospitalier de Fleyriat

Tél. : 04 74 45 41 89

- **Gex**

Hôpital Local

Tél. : 04 50 40 38 16

- **Oyonnax**

Centre hospitalier

Tél. : 04 74 73 10 86

02 AISNE

- **Château-Thierry**

Centre hospitalier

Tél. : 03 23 69 66 68

- **Laon**

Centre hospitalier

Tél. : 03 23 24 37 37

- **Saint-Quentin**

Centre hospitalier

Tél. : 03 23 06 74 74

- **Soissons**

Centre hospitalier

Tél. : 03 23 75 74 04

03 ALLIER

- **Montluçon**

Centre médico-social

Tél. : 04 70 03 89 77

- **Moulins**

Centre hospitalier
Tél. : 04 70 20 88 00

- **Vichy**

Centre hospitalier
Tél. : 04 70 97 13 30

04 ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

- **Digne-les-Bains**

Centre hospitalier Charles-Romieu
Tél. : 04 92 30 17 21

05 HAUTES-ALPES

- **Briançon**

Centre hospitalier
Tél. : 04 92 25 34 33

- **Gap**

Centre hospitalier
Tél. : 04 92 40 61 89

06 ALPES-MARITIMES

- **Cannes**

Centre de prévention médicale
Tél. : 04 93 39 06 36
Hôpital des Broussailles
Tél. : 04 93 69 71 79

- **Nice**

Centre de prophylaxie des MST
Tél. : 04 93 85 12 62

07 ARDECHE

- **Aubenas**

Centre hospitalier
Tél. : 04 75 35 60 22

- **Privas**

Centre hospitalier
Tél. : 04 75 20 20 73

08 ARDENNES

- **Charleville-Mézières**

Hôpital Corvisart
Tél. : 03 24 56 78 15

- **Fumay**
Centre hospitalier
Tél. : 03 24 41 54 80

- **Sedan**
Centre hospitalier
Tél. : 03 24 27 80 00 ou 91

09 ARIEGE

- **Foix**
Centre hospitalier intercommunal du Val-d'Ariège
Tél. : 05 61 05 41 30

10 AUBE

- **Troyes**
Centre hospitalier
Tél. : 03 25 49 00 27

11 AUDE

- **Carcassonne**
Centre hospitalier Antoine-Gayraud
Tél. : 04 68 24 39 39
- **Narbonne**
Centre de diagnostic des maladies dysimmunitaires
Tél. : 04 68 90 68 90

12 AVEYRON

- **Millau**
Centre hospitalier
Tél. : 05 65 61 71 72
- **Rodez**
Centre de prévention médico-sociale
Tél. : 05 65 75 42 24

13 BOUCHES-DU-RHONE

- **Aix-en-Provence**
Centre médico-social
Tél. : 04 42 23 35 19
- **Centre hospitalier du Pays d'Aix**

Tél. : 04 42 33 51 36

- **Arles**

Centre médico-social

Tél. : 04 90 93 00 95

- **Aubagne**

Centre médico-social

Tél. : 04 42 03 15 18

- **Marignane**

Centre médico-social

Tél. : 04 42 88 48 00

- **Marseille I^{er}**

Dispensaire central

Tél. : 04 91 90 11 24

- **Marseille VIII^e**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 04 91 78 43 43

- **Marseille XV^e**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 04 91 08 33 28

- **Martigues**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 04 42 40 32 32

- **Salon-de-Provence**

Centre médico-social

Tél. : 04 90 56 08 61

- **Vitrolles**

Centre médico-social

Tél. : 04 42 89 05 06

14 CALVADOS

- **Caen**

Centre de prophylaxie MST

Tél. : 02 31 94 84 22

15 CANTAL

- **Aurillac**

Centre hospitalier

Tél. : 04 71 46 56 10 ou 58

16 CHARENTE

- **Angoulême**

Centre de prévention médico-sociale

Tél. : 05 45 95 65 15

- **Cognac**

Centre hospitalier

Tél. : 05 45 35 13 13

- **Saint-Michel**

Centre hospitalier d'Angoulême

Tél. : 05 45 24 40 40 ou 42 84

17 CHARENTE-MARITIME

- **La Rochelle**

Centre hospitalier

Tél. : 05 46 45 52 40

- **Saintes**

Centre hospitalier

Tél. : 05 46 92 77 20

- **Vaux-sur-Mer**

Centre hospitalier de Royan

Tél. : 05 46 39 52 55

18 CHER

- **Bourges**

Centre hospitalier Jacques-Cœur

Tél. : 02 48 48 49 40

19 CORRÉZE

- **Brive-la-Gaillarde**

Centre hospitalier

Tél. : 05 55 92 66 67

- **Tulle**

Centre hospitalier

Tél. : 05 55 29 79 68

2A CORSE-DU-SUD

- **Ajaccio**

Centre hospitalier Eugénie

Tél. : 04 95 29 94 45

Dispensaire antivénérien

Tél. : 04 95 29 15 92

2B HAUTE-CORSE

- **Bastia**

Centre de prévention sanitaire

Tél. : 04 95 55 06 24 ou 25

Centre hospitalier

Tél. : 04 95 59 11 58

21 COTE-D'OR

- **Beaune**

Antenne du CDAG de Dijon

Tél. : 03 80 63 68 14

- **Dijon**

Faculté de Bourgogne – Médecine préventive

Tél. : 03 80 39 51 53

Dispensaire antivénérien

Tél. : 03 80 63 68 14

22 COTES-D'ARMOR

- **Saint-Brieuc**

Hôpital La Bauchée

Tél. : 02 96 01 72 99

23 CREUSE

- **Guéret**

Centre hospitalier

Tél. : 05 55 51 70 62

24 DORDOGNE

- **Bergerac**

Centre hospitalier Samuel-Pozzi

Tél. : 05 53 63 86 40

- **Périgueux**

Centre hospitalier général

Tél. : 05 53 07 70 00 ou 53

25 DOUBS

- **Besançon**

Dispensaire – Prophylaxie des MST

Tél. : 03 81 65 44 50

- **Montbéliard**

Dispensaire – Prophylaxie des MST

Tél. : 03 81 99 37 00

26 DROME

- **Montélimar**

Centre médico-social

Tél. : 04 75 01 29 04

- **Romans-sur-Isère**

Service communal d'hygiène et de santé

Tél. : 04 75 70 82 66

- **Valence**

Centre hospitalier

Tél. : 04 75 75 75 49

Dispensaire antivénérien du Polygone

Tél. : 04 75 42 35 70

27 EURE

- **Évreux**

Centre médico-social

Tél. : 02 32 39 15 00

28 EURE-ET-LOIR

- **Chartres**

Hôtel-Dieu

Tél. : 02 37 30 31 06

- **Le Coudray**

Hôpital Fontenoy

Tél. : 02 37 30 30 71

29 FINISTERE

- **Brest**

Hôpital de la Cavale-Blanche

Tél. : 02 98 34 71 91

Hôpital Morvan

Tél. : 02 98 22 33 15

- **Quimper**

Centre de planification familiale

Tél. : 02 98 52 62 90

30 GARD

- **Alès**

Centre hospitalier

Tél. : 04 66 78 34 56 ou 31 78

- **Bagnols-sur-Cèze**

Centre hospitalier général

Tél. : 04 66 79 10 20

- **Nîmes**

Centre médico-social

Tél. : 04 66 36 69 35

Hôpital Carémeau

Tél. : 04 66 68 31 75 ou 73

Hôpital Gaston-Doumergue

Tél. : 04 66 68 32 21 ou 96

31 HAUTE-GARONNE

- **Toulouse**

Centre hospitalier La Grave

Tél. : 05 61 77 78 59

Service interuniversitaire de médecine préventive

Tél. : 05 61 14 81 50

Service interuniversitaire de médecine préventive du Mirail

Tél. : 05 61 40 14 11

32 GERS

- **Auch**

Centre hospitalier

Tél. : 05 62 61 31 95

33 GIRONDE

- **Bordeaux**

Association Médecins du Monde

Tél. : 05 56 79 13 82

Hôpital Pellegrin

Tél. : 05 56 24 43 43

- **Talence**

Service interuniversitaire de médecine préventive

Tél. : 05 56 04 06 06

34 HÉRAULT

- **Béziers**

Consultation départementale des MST

Tél. : 04 67 35 73 84

- **Montpellier**

Hôpital Saint-Éloi

Tél. : 04 67 33 69 50

35 ILLE-ET-VILAINE

- **Rennes**

Centre hospitalier Pontchaillou

Tél. : 02 99 28 43 02

36 INDRE

- **Châteauroux**

Centre hospitalier général

Tél. : 02 54 29 60 04

37 INDRE-ET-LOIRE

- **Tours**

Centre départemental des actions de santé et de prévention

Tél. : 02 47 66 48 94

38 ISERE

- **Grenoble**

Centre départemental de santé

Tél. : 04 76 12 12 85

- **Vienne**

CIDAG

Tél. : 04 74 31 50 31

39 JURA

- **Dole**

Centre hospitalier Louis-Pasteur

Tél. : 03 84 79 80 77

- **Lons-le-Saulnier**

Centre hospitalier général

Tél. : 03 84 35 60 53

Poste 4011

40 LANDES

- **Dax**

Centre médico-social

Tél. : 05 58 90 19 06

- **Mont-de-Marsan**

Centre médico-social

Tél. : 05 58 46 27 27 poste 45

41 LOIR-ET-CHER

- **Blois**

Centre hospitalier

Tél. : 02 54 55 64 05

- **Romorantin**

Centre hospitalier

Tél. : 02 54 88 34 70

- **Vendôme**

Centre hospitalier

Tél. : 02 54 23 33 63 ou 20

42 LOIRE

- **Roanne**

Centre hospitalier

Tél. : 04 77 44 31 08

- **Saint-Étienne**

Centre de prévention et de traitement des MST

Tél. : 04 77 32 68 17

Hôpital de Bellevue

Tél. : 04 77 42 77 89

43 HAUTE-LOIRE

- **Le Puy-en-Velay**

Centre hospitalier Émile-Roux

Tél. : 04 71 05 66 90

44 LOIRE-ATLANTIQUE

- **Nantes**

Centre hospitalier régional – Hôtel-Dieu

Tél. : 02 40 08 31 34 ou 19

- **Saint-Nazaire**

Centre hospitalier
Tél. : 02 40 90 63 33

45 LOIRET

- **Orléans-la-Source**

Centre hospitalier
Tél. : 02 38 51 43 61

46 LOT

- **Cahors**

Centre hospitalier Jean-Rougier
Tél. : 05 65 20 54 11

47 LOT-ET-GARONNE

- **Agen**

Centre médico-social
Tél. : 05 53 69 40 41

48 LOZÉRE

- **Mende**

Centre hospitalier général
Tél. : 04 66 49 49 40

49 MAINE-ET-LOIRE

- **Angers**

Centre hospitalier régional universitaire
Tél. : 02 41 35 41 13

- **Cholet**

Centre hospitalier
Tél. : 02 41 49 68 81

50 MANCHE

- **Cherbourg**

Centre hospitalier Louis-Pasteur
Tél. : 02 33 20 76 63

51 MARNE

- **Cézanne**

Centre hospitalier
Tél. : 03 26 81 79 18

- **Châlons-en-Champagne**

Centre hospitalier

Tél. : 03 26 69 60 60 ou 31

- **Épernay**

Centre hospitalier Auban-Moët

Tél. : 03 26 58 71 02 ou 05

- **Reims**

Hôpital Robert-Debré

Tél. : 03 26 78 97 97 ou 45 70

- **Sainte-Menehould**

Centre hospitalier

Tél. : 03 26 60 81 41

- **Vitry-le-François**

Centre hospitalier

Tél. : 03 26 73 60 51

52 HAUTE-MARNE

- **Chaumont**

Centre hospitalier

Tél. : 03 25 30 71 77

- **Saint-Dizier**

Centre hospitalier

Tél. : 03 25 56 84 00

53 MAYENNE

- **Laval**

Centre hospitalier

Tél. : 02 43 66 50 80

Centre de planification

Tél. : 02 43 56 00 17

54 MEURTHE-ET-MOSELLE

- **Mont-Saint-Martin**

Association hospitalière du Bassin de Longwy

Tél. : 03 82 44 72 61

- **Vandœuvre-lès-Nancy**

Centre hospitalier de Brabois

Tél. : 03 83 15 40 06 ou 41 27

55 MEUSE

- **Bar-le-Duc**

Centre hospitalier Jeanne-d'Arc

Tél. : 03 29 45 88 55

- **Verdun**

Centre hospitalier général

Tél. : 03 29 83 83 32

56 MORBIHAN

- **Lorient**

Centre médico-social

Tél. : 02 97 84 42 66

- **Vannes**

Centre médico-social

Tél. : 02 97 54 76 00 ou 69

57 MOSELLE

- **Forbach**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 03 87 87 33 33

- **Metz**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 03 87 56 30 70

Centre hospitalier Bonsecours

Tél. : 03 87 55 33 83

- **Sarrebourg**

Centre hospitalier général Saint-Nicolas

Tél. : 03 87 23 24 44

- **Thionville**

Centre hospitalier Beauregard

Tél. : 03 82 55 89 10

58 NIEVRE

- **Nevers**

Centre hospitalier

Tél. : 03 86 68 30 61

59 NORD

- **Cambrai**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 27 81 57 00

- **Douai**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 27 98 50 61

- **Dunkerque**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 28 24 04 00

- **Lille**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 20 54 57 73

- **Maubeuge**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 27 64 62 64

- **Roubaix**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 20 73 41 92

- **Tourcoing**

Centre hospitalier

Tél. : 03 20 69 48 05 ou 14

- **Valenciennes**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 27 33 55 62

60 OISE

- **Beauvais**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 03 44 06 53 40

- **Compiègne**

Centre hospitalier

Tél. : 03 44 86 32 23

Tél. : 03 44 23 64 97

- **Creil**

Centre hospitalier Laënnec

Tél. : 03 44 61 60 00 ou 65 10

61 ORNE

- **Alençon**

Centre hospitalier

Tél. : 02 33 32 30 49

Dispensaire antivénérien

Tél. : 02 33 26 04 23

62 PAS-DE-CALAIS

- **Arras**

Service local de promotion de la santé

Tél. : 03 21 21 31 99

- **Béthune**

Service local de promotion de la santé

Tél. : 03 21 01 25 62

Tél. : 03 21 57 06 53

- **Boulogne-sur-Mer**

Service local de promotion de la santé

Tél. : 03 21 31 56 56

- **Calais**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 03 21 34 62 30

- **Lens**

Centre hospitalier

Tél. : 03 21 69 10 95

- **Saint-Omer**

Unité territoriale d'action sanitaire et sociale

Tél. : 03 21 38 34 64

63 PUY-DE-DOME

- **Clermont-Ferrand**

Dispensaire Émile-Roux

Tél. : 04 73 29 44 00

64 PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

- **Bayonne**

Centre hospitalier de la Côte-basque

Tél. : 05 59 63 35 29

- **Pau**

Centre Haute-ribe

Tél. : 05 59 92 48 12

65 HAUTES-PYRÉNÉES

- **Tarbes**

Dispensaire de dermatologie-vénérologie

Tél. : 05 62 51 26 26

Tél. : 05 62 93 90 07

66 PYRÉNÉES-ORIENTALES

- **Perpignan**

Service des actions de santé

Tél. : 04 68 66 46 83

67 BAS-RHIN

- **Strasbourg**

Hôpitaux universitaires

Tél. : 03 88 11 65 78

68 HAUT-RHIN

- **Colmar**

Centre hospitalier général Louis-Pasteur

Tél. : 03 89 80 44 65

- **Mulhouse**

Hôpital Émile-Muller (Moenschberg)

Tél. : 03 89 64 61 85

69 RHONE

- **Lyon II^e**

Hôtel-Dieu – espace prévention santé

Tél. : 04 72 41 32 91

Hôtel-Dieu – porte 17

Tél. : 04 78 42 29 26

- **Lyon III^e**

Hôpital Édouard-Herriot

Tél. : 04 72 11 62 06

- **Venissieux**

Centre de prévention

Tél. : 04 72 50 08 68

- **Villefranche-sur-Saône**

Centre de prévention

Tél. : 04 74 65 02 70

70 HAUTE-SAONE

- **Vesoul**

Centre hospitalier Paul-Morel

Tél. : 03 84 96 61 23

71 SAONE-ET-LOIRE

- **Chalon-sur-Saône**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 03 85 48 62 28

- **Mâcon**

Hôtel-Dieu

Tél. : 03 85 38 09 17

72 SARTHE

- **Le Mans**

Centre hospitalier

Tél. : 02 43 43 43 70

- **Sablé-sur-Sarthe**

Centre hospitalier

Tél. : 02 43 62 62 52

73 SAVOIE

- **Aix-les-Bains**

Centre hospitalier

Tél. : 04 79 34 01 26

- **Albertville**

Centre hospitalier

Tél. : 04 79 37 89 56

- **Chambéry**

Centre hospitalier

Tél. : 04 79 96 51 52 ou 50 83

- **Dépistage itinérant en station**

Tél. : 04 79 96 51 72

- **Saint-Jean-de-Maurienne**

Centre hospitalier

Tél. : 06 80 65 35 73

74 HAUTE-SAVOIE

- **Ambilly**

Centre hospitalier d'Annemasse-Bonnevillle

Tél. : 04 50 87 48 27

- **Annecy**

Centre hospitalier

Tél. : 04 50 88 33 33 ou 71

- **Sallanches**

Hôpitaux du Mont-Blanc

Tél. : 04 50 47 30 49 ou 48

- **Thonon-les-Bains**

Centre hospitalier

Tél. : 04 50 26 76 20

75 PARIS

- **Paris 1^{er}**

Dispensaire antivénérien de la Croix-Rouge

Tél. : 01 42 97 48 29

- **Paris 4^e**

Centre médico-social

Tél. : 01 42 78 55 53

- **Paris 10^e**

Hôpital Lariboisière

Tél. : 01 49 95 65 65 ou 82 41

- **Paris 12^e**

Hôpital Saint-Antoine

Tél. : 01 49 28 20 00

- **Paris 13^e**

Centre hospitalier Pitié-Salpêtrière

Tél. : 01 42 16 10 53

- **Paris 14^e**

Institut Alfred-Fournier

Tél. : 01 40 78 26 00

Centre médico-social

Tél. : 01 45 43 83 78

- **Paris 18^e**

Association Sleep-in

Tél. : 01 42 09 07 07

Hôpital Bichat – Claude-Bernard

Tél. : 01 40 25 80 80 ou 84 34

- **Paris 20^e**

Centre médico-social

Tél. : 01 47 97 40 49

76 SEINE-MARITIME

- **Elbeuf**

Service des actions sanitaires

Tél. : 02 35 77 00 85

- **Le Havre**

Centre hospitalier

Tél. : 02 32 73 38 23

- **Rouen**

Hôpital Charles-Nicolle

Tél. : 02 32 88 80 40

Dispensaire antivénérien

Tél. : 02 35 07 33 33

77 SEINE-ET-MARNE

- **Lognes**

Unité d'action sociale

Tél. : 01 60 06 26 76

- **Meaux**

Centre hospitalier

Tél. : 01 64 35 38 38 ou 77

- **Melun**

Centre médico-social

Tél. : 01 64 14 25 13

78 YVELINES

- **Le Chesnay**

Centre hospitalier André-Mignot

Tél. : 01 39 63 92 99 ou 80 90

- **Les Mureaux**

Centre information et prévention sida

Tél. : 01 30 22 09 60

- **Rambouillet**

Centre hospitalier

Tél. : 01 34 83 79 07

79 DEUX-SEVRES

- **Bressuire**

Centre hospitalier du Nord-Deux-Sèvres

Tél. : 05 49 68 31 22

- **Niort**

Centre hospitalier général

Tél. : 05 49 78 30 38

80 SOMME

- **Abbeville**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 22 31 42 42

- **Amiens**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 22 91 07 70

Hôpital Sud

Tél. : 03 22 45 56 69

81 TARN

- **Albi**

Centre hospitalier

Tél. : 05 63 47 44 58

- **Castres**

Centre hospitalier général

Tél. : 05 63 71 63 08

Dispensaire de prévention sanitaire

Tél. : 05 63 71 02 40 ou 41

82 TARN-ET-GARONNE

- **Montauban**

Centre hospitalier

Tél. : 05 63 92 81 19

83 VAR

- **Draguignan**

Centre médico-social

Tél. : 04 94 50 90 40

- **Fréjus**

Centre médico-social

Tél. : 04 94 51 18 65

- **Hyères**

Centre médico-social

Tél. : 04 94 12 60 20

- **Saint-Tropez**

Centre médico-social

Tél. : 04 94 97 03 01

• **Toulon**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 04 94 22 70 92 ou 70

84 VAUCLUSE

• **Apt**

Centre hospitalier du Pays d'Apt

Tél. : 04 90 04 34 13

• **Avignon**

Centre hospitalier Henri-Duffaut

Tél. : 04 90 87 38 44

Centre mobile de santé MST-sida

Tél. : 04 90 16 17 42

Unité territoriale du Grand-Avignon

Tél. : 04 90 27 53 70

• **Carpentras**

Centre hospitalier

Tél. : 04 90 63 81 24

• **Cavaillon**

Centre hospitalier

Tél. : 04 90 78 85 29

• **Orange**

Centre hospitalier Louis-Giorgi

Tél. : 04 90 11 22 30

85 VENDÉE

• **La Roche-sur-Yon**

Centre hospitalier Les Oudairies

Tél. : 02 51 44 63 18

• **Les Sables-d'Olonne**

Hôpital Côte-de-Lumières

Tél. : 02 51 21 86 71

86 VIENNE

• **Châtellerault**

Centre hospitalier Camille-Guérin

Tél. : 05 49 02 90 19

- **Poitiers**

Centre hospitalier universitaire La Milétrie

Tél. : 05 49 44 39 05

Association Médecins du Monde

Tél. : 05 49 01 77 77

87 HAUTE-VIENNE

- **Limoges**

CHRU

Tél. : 05 55 05 66 52

88 VOSGES

- **Épinal**

Centre hospitalier Jean-Monet

Tél. : 03 29 68 73 02

89 YONNE

- **Auxerre**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 03 86 46 78 70

Centre hospitalier

Tél. : 03 86 48 47 64

- **Avallon**

Centre médico-social

Tél. : 03 86 34 95 30

- **Sens**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 03 86 65 21 34

90 TERRITOIRE DE BELFORT

- **Belfort**

Centre hospitalier

Tél. : 03 84 28 17 12

91 ESSONNE

- **Arpajon**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 01 64 90 14 54

- **Corbeil-Essonnes**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 01 64 96 02 49

- **Étampes**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 01 64 94 53 99

- **Évry-Courcouronnes**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 01 60 77 73 52

- **Juvisy-sur-Orge**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 01 69 21 49 22

- **Massy**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 01 69 20 88 87

92 HAUTS-DE-SEINE

- **Antony**

Centre départemental de prévention médico-sociale

Tél. : 01 46 66 03 60

- **Asnières**

Centre départemental de prévention médico-sociale

Tél. : 01 47 93 03 24

- **Boulogne**

Hôpital Ambroise-Paré

Tél. : 01 49 09 59 59

- **Clamart**

Hôpital Antoine-Béclère

Tél. : 01 45 37 48 40

- **Colombes**

Centre départemental de prévention médico-sociale

Tél. : 01 42 42 08 69

- **Gennevilliers**

Association Médecins du Monde

Tél. : 01 47 93 03 24

- **Nanterre**

Centre départemental de prévention médico-sociale

Tél. : 01 41 20 29 29

Hôpital Max-Fourestier

Tél. : 01 47 69 65 90

- **Suresnes**

Centre municipal de santé Burgos

Tél. : 01 41 18 15 50

93 SEINE-SAINT-DENIS

- **Bobigny**

Hôpital Avicenne

Tél. : 01 48 30 20 44

Tél. : 01 48 95 51 72

- **Montfermeil**

Centre hospitalier intercommunal

Tél. : 01 41 70 81 91

- **Montreuil**

Centre hospitalier intercommunal

Tél. : 01 49 20 30 40

- **Saint-Denis**

Centre de santé Les Moulins

Tél. : 01 48 22 55 00 ou 04

Hôpital Delafontaine

Tél. : 01 42 35 61 99

Université Paris-VIII

Tél. : 01 49 40 65 10

- **Villetaneuse**

Université Paris-XIII

Tél. : 01 49 40 30 80

94 VAL-DE-MARNE

- **Champigny-sur-Marne**

Centre départemental de prévention médicale

Tél. : 01 47 06 02 32

- **Créteil**

Centre hospitalier intercommunal

Tél. : 01 45 17 55 00

- **Irivy-sur-Seine**

Centre municipal de santé

Tél. : 01 43 90 20 20

- **Villeneuve-Saint-Georges**

Centre hospitalier intercommunal

Tél. : 01 43 86 22 35

- **Vitry-sur-Seine**

Centre municipal de santé

Tél. : 01 46 82 84 32

95 VAL-D'OISE

- **Argenteuil**

Centre hospitalier

Tél. : 01 34 23 25 29

- **Cergy**

Dispensaire

Tél. : 01 30 30 22 49

- **Gonesse**

Centre hospitalier

Tél. : 01 34 53 22 11

971 GUADELOUPE

- **Pointe-à-Pitre**

Centre hospitalier universitaire

Tél. : 0590 89 13 30

- **Saint-Martin**

Centre de prévention

Tél. : 0590 87 01 17

972 MARTINIQUE

- **Fort-de-France**

Centre hospitalier universitaire La Meynard

Tél. : 0596 55 23 01

Dispensaire Vernes-Monrose

Tél. : 0596 60 36 87

- **Lamentin**

Centre hospitalier

Tél. : 0596 57 11 14

973 GUYANE

- **Cayenne**

Centre hospitalier

Tél. : 0594 39 50 50 ou 53 57

Dispensaire antivénérien

Tél. : 0594 31 81 85

- **Saint-Laurent-du-Maroni**

Centre hospitalier André-Bouron

Tél. : 0594 34 88 88

974 RÉUNION

- Saint-Denis-de-la-Réunion**

Centre hospitalier Félix-Guyon-Bellepierre

Tél. : 0262 90 55 60

- Saint-Pierre-le-Tampon**

Centre hospitalier général

Tél. : 0262 35 91 65

Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH)

Région parisienne

Centre inter-établissements de traitement et de recherche anti-sida (Ciras) de l'AP-HP

- Mission sida de l'AP-HP**

3, avenue Victoria

75004 Paris

Tél. : 01 40 27 31 01

Fax : 01 40 27 31 21

Président : Pr W. Rozenbaum

Vice-présidente : Pr C. Rouzioux

CISIH de Claude-Bernard – Bichat

- Groupe hospitalier Claude-Bernard – Bichat**

46, rue Henri-Huchard

75018 Paris

Pr J.-P. Coulaud

Tél. : 01 40 25 78 07

Fax : 01 42 95 53 00

CISIH de Paris-Centre (Cochin – Broussais)

- Groupe hospitalier Cochin-Tarnier-Saint-Vincent-de-Paul**

27, rue du Faubourg-Saint-Jacques

75014 Paris

Pr D. Sicard

Tél. : 01 42 34 13 43

Fax : 01 42 34 13 40

CISIH de Paris-Ouest (Necker – Laënnec)

- Groupe hospitalier Necker-Enfants malades
149-161, rue de Sèvres
75015 Paris
Pr C. Rouzioux
Tél. : 01 44 49 41 01
Fax : 01 44 49 41 15

CISIH de Paris-Sud (Henri-Mondor – Kremlin-Bicêtre – Paul-Brousse – Antoine-Béclère)

- Hôpital Antoine-Béclère
157, rue de la Porte-de-Trivaux
92140 Clamart Cedex
Pr P. Galanaud
Tél. : 01 45 37 44 11
Fax : 01 46 31 22 77

CISIH de Pitié-Salpêtrière

- Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
75013 Paris
Pr M. Gentilini
Tél. : 01 42 16 01 01
Fax : 01 44 24 04 50

CISIH de Paris-Est (Rothschild – Saint-Antoine – Tenon)

- Hôpital Saint-Antoine
184, rue du Faubourg-Saint-Antoine
75571 Paris Cedex 12
Pr J. Frottier
Tél. : 01 49 28 24 37
Fax : 01 49 28 21 49

CISIH de Saint-Louis

- Hôpital Saint-Louis
1, avenue Claude-Vellefaux
75010 Paris
Pr J. Modaï
Tél. : 01 42 49 90 64

Fax : 01 42 49 90 67

CISIH 92 (Louis-Mourier - Ambroise-Paré - Raymond-Poincaré)

• **Hôpital Louis-Mourier**

178, rue de Renouillers
92700 Colombes
Dr C. Michon
Tél. : 01 47 60 61 84
Fax : 01 47 60 64 91

CISIH 93 (Jean-Verdier - Avicennes - Montfermeil - Delafontaine)

• **Hôpital Jean-Verdier**

Avenue du 14-Juillet
93143 Bondy
Dr V. Jeantils
Tél. : 01 48 02 63 80

Fax : 01 48 02 63 61

• **Hôpital de Montfermeil**

10, rue du Général-Leclerc
93370 Montfermeil
Dr Echard
Tél. : 01 41 70 81 91
Fax : 01 41 70 82 90

Province

CISIH d'Auvergne-Loire

• **Centre hospitalier universitaire**

Maladies infectieuses et tropicales
Hôtel-Dieu
Boulevard Léon-Malfreyt
63000 Clermont-Ferrand
Pr J. Beytout
Tél. : 04 73 31 60 62
Fax : 04 73 34 08 90

• **Centre hospitalier universitaire**

Hôpital Bellevue
25, boulevard Pasteur

42055 Saint-Étienne Cedex 2

Pr Lucht

Tél. : 04 77 42 77 22

Fax : 04 77 42 78 24

CISIH de Bordeaux (Saint-André – Pellegrin)

• **Hôpital Pellegrin**

Place Amélie-Raba-Léon

33076 Bordeaux

Dr D. Lacoste

Tél. : 05 56 79 56 06

Fax : 05 56 79 60 87

CISIH de Bourgogne-Franche-Comté

• **Centre hospitalier régional universitaire**

Hôpital Saint-Jacques

Dermatologie 2

2, place Saint-Jacques

25030 Besançon Cedex

Pr R. Laurent

Tél. : 03 81 21 81 07

Fax : 03 81 21 86 29

• **Centre hospitalier régional universitaire**

Hôpital d'enfants

Maladies infectieuses

10, boulevard du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny

21034 Dijon Cedex

Pr H. Portier

Tél. : 03 80 29 33 05

Fax : 03 80 29 34 82

CISIH de Caen

• **Centre hospitalier régional**

Avenue de la Côte-de-Nacre

14033 Caen Cedex

Pr C. Bazin

Tél. : 02 31 06 47 14

Fax : 02 31 06 49 96

CISIH de Grenoble

- Centre hospitalier universitaire
Hôpital Albert-Michallon
BP 217
38043 Grenoble Cedex 09
Dr P. Leclercq
Tél. : 04 76 76 52 92
Fax : 04 76 76 55 69

CISIH de Lyon (Édouard-Herriot - Hôtel-Dieu - Lyon Sud - Croix-Rousse)

- Hospices civils
3, quai des Célestins
BP 2225
69229 Lyon Cedex 02
- Hôtel-Dieu
1, place de l'Hôpital
69288 Lyon Cedex 02
Dr Trépo
Tél. : 04 72 41 30 88
Fax : 04 72 41 31 40

CISIH de Marseille

- Assistance publique de Marseille
80, rue Brochier
13354 Marseille Cedex 05
- Hôpital Sainte-Marguerite
270, boulevard Sainte-Marguerite
13273 Marseille Cedex
Pr J.-A. Gastaut
Tél. : 04 91 74 49 66
Fax : 04 91 74 49 62

CISIH de Montpellier

- Hôpital Gui-de-Chauliac
Avenue Bertin-Sans
34059 Montpellier Cedex
Pr J. Reynes
Tél. : 04 67 33 72 20

Fax : 04 67 33 77 60

CISIH de Nancy

• **Hôpital de Brabois**

Tour Drouet

Allée du Morvan

54511 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex

Pr P. Canton

Tél. : 03 83 15 41 24

Fax : 03 83 15 35 34

CISIH de Nantes

• **Centre hospitalier régional**

Hôtel-Dieu

Place Alexis-Ricourdeau

BP 1005

44035 Nantes Cedex 01

Pr F. Raffi

Tél. : 02 40 08 33 51

Fax : 02 40 08 31 17

CISIH de Nice

• **Hôpital de l'Archet**

Route de Saint-Antoine-de-Ginestière

BP 79

06202 Nice Cedex 03

Pr P. Dellamonica

Tél. : 04 92 03 55 15

Fax : 04 93 96 54 54

CISIH de Rennes

• **Centre hospitalier universitaire**

Hôpital Pontchaillou

2, rue Henri-Le-Guilloux

35033 Rennes Cedex

Pr F. Cartier

Tél. : 02 99 28 42 87

Fax : 02 99 28 41 88

CISIH de Rouen

- **Centre hospitalier régional universitaire**
Hôpital Charles-Nicolle
1, rue de Germont
76031 Rouen Cedex
Pr G. Humbert
Tél. : 02 35 08 81 15
Fax : 02 35 08 82 75

CISIH de Strasbourg

- **Hôpitaux universitaires**
Antenne d'immuno-onco-hématologie
Clinique médicale A
BP 426
67091 Strasbourg Cedex
Pr J.-M. Lang
Tél. : 03 88 11 63 34
Fax : 03 88 11 63 31

CISIH de Toulouse

- **Hôpital Purpan**
Place Baylac
31059 Toulouse Cedex
Pr P. Massip
Tél. : 05 61 77 75 34
Fax : 05 61 77 21 38

CISIH de Tourcoing

- **Centre hospitalier Gustave-Dron**
135, rue du Président-Coty
59208 Tourcoing Cedex
Pr Y. Mouton
Tél. : 03 20 69 46 00
Fax : 03 20 69 46 15

CISIH de Tours

- **Hôpital Bretonneau**
2, boulevard Tonnelé
37044 Tours Cedex

Pr Goudeau

Tél. : 02 47 47 69 97

Fax : 02 47 47 38 12

Pr P. Choutet

Tél. : 02 47 47 37 14

Fax : 02 47 47 37 31

Départements d'outre-mer

CISIH de Guadeloupe

- Centre hospitalier régional universitaire

Hôpital Les Abymes

BP 465

97159 Pointe-à-Pitre Cedex

Dr M. Strobel

Tél. : 00 590 89 15 45

Fax : 00 590 89 15 93

CISIH de Guyane

- Centre hospitalier général

Rue des Flamboyants

BP 6006

97306 Cayenne Cedex

Dr M. Sobesky

Tél. : 00 594 39 51 94

Fax : 00 594 39 51 77

CISIH de Martinique

- Centre hospitalier régional universitaire

Hôpital La Meynard

97261 Fort-de-France Cedex

Dr G. Sobesky

Tél. : 00 596 55 23 41

Fax : 00 596 75 21 16

CISIH de la Réunion

- Centre hospitalier Félix-Guyon

BP 207

97405 Saint-Denis Cedex

Ile de Réunion

Dr Gaud
Tél. : 00 262 90 55 66
Fax : 00 262 90 55 61

Réseaux ville-hôpital (VIH - toxicomanie)

(Source : Mission Sida - juin 1997 ; Sida Info Service - septembre 1997 ; Arcat - décembre 1997)

Coordination nationale des réseaux ville-hôpital

• **Hôpital Bicêtre**
78, avenue du Général-Leclerc
94270 Le Kremlin-Bicêtre
Tél. : 01 45 21 94 31
Fax : 01 45 21 94 34
E-mail : cnrrvh@mail.club-internet.fr

01 AIN

• **REVIH 01**
Hôpital de Fleyriat
01012 Bourg-en-Bresse
Tél. : 04 74 45 46 74

06 ALPES-MARITIMES

• **RVH toxicomanie**
Centre hospitalier
06335 Grasse
Tél. : 04 93 09 55 29
• **RVH VIH 06**
151, route Saint-Antoine-de-Ginestière
BP 3079
06202 Nice Cedex 03
Tél. : 04 92 03 54 09
• **RVH toxicomanie**
10, avenue Malaussena
06000 Nice
Tél. : 04 93 92 63 21
• **RVH toxicomanie des Alpes-maritimes**
6, rue Henri-Barbusse
06000 Nice

Tél. : 04 93 52 56 53

• **REPSUD 06 (toxicomanie)**

27-29, avenue Jean-Médecin

06000 Nice

Tél. : 04 93 87 65 52

10 AUBE

• **RVH Troyes**

Centre hospitalier général

101, avenue Anatole-France

BP 718

10003 Troyes

Tél. : 03 25 49 49 69

11 AUDE

• **RA VIH Carcassonne**

Centre hospitalier

Médecine interne

BP 814

11890 Carcassonne

Tél. : 04 68 24 23 50

12 AVEYRON

• **Accueil ville**

Réseau ville-hôpital VIH de l'Aveyron

62, rue Saint-Cyrice

12000 Rodez

Tél. : 05 65 78 12 96

13 BOUCHES-DU-RHONE

• **RVH VIH Aix-en-Provence**

Centre hospitalier général

Avenue des Tamaris

13100 Aix-en-Provence Cedex 01

Tél. : 04 42 96 08 16

• **RVH Aix Tox**

Centre hospitalier de Montperrin

109, avenue Petit-Barthélémy

13617 Aix-en-Provence Cedex 1

Tél. : 04 42 23 53 83

- **Réseau Est Étang-de-Berre**

41, avenue Jean-Jaurès

13700 Marignane

Tél. : 04 42 31 53 95

- **RVH Marseille Santé Sud**

95, rue de la Loubière

13005 Marseille

Tél. : 04 91 47 25 84

- **Réseau VIH Marseille Nord**

95, rue de la Loubière

13005 Marseille

Tél. : 04 91 92 63 93

- **Réseau Santé Vieux-Port**

95, rue de la Loubière

13005 Marseille

Tél. : 04 91 92 74 84

14 CALVADOS

- **RVH Caen**

CISIH de Caen

Avenue de la Côte-de-Nacre

14033 Caen Cedex

Tél. : 02 31 06 47 14

17 CHARENTE-MARITIME

- **RVH 17**

Rue du Dr-Schweitzer

BP 505

17019 La Rochelle

Tél. : 05 46 45 50 17

- **IVHOIR (VIH - toxicomanie)**

Centre hospitalier

BP 217

17205 Royan Cedex

Tél. : 05 46 39 52 27

2A CORSE-DU-SUD

- **RVH Ajaccio**

Centre hospitalier

Annexe Eugénie
Boulevard Lantivy
20000 Ajaccio
Tél. : 04 95 29 94 53

21 COTE-D'OR

- **RVH VIH Côte-d'or**
Centre hospitalier universitaire
Maladies infectieuses
10, boulevard du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny
21034 Dijon Cedex
Tél. : 03 80 29 33 05

25 DOUBS

- **RVH Besançon**
CISIH de Besançon
CHU Saint-Jacques
2, place Saint-Jacques
25000 Besançon
Tél. : 03 81 21 86 28

28 EURE-ET-LOIR

- **RVH VIH Chartres 28**
Les hôpitaux de Chartres
BP 407
28018 Chartres Cedex
Tél. : 02 37 30 32 42
- **RVH VIH - toxicomanie Dreux - UPE**
CH Victor-Jousselain
Rue J.-F.-Kennedy
28100 Dreux
Tél. : 02 37 51 54 81

29 FINISTERE

- **RVH Quimper**
CHG Laënnec – pneumo 1
14 bis, avenue Yves-Trépot
BP 1757
29107 Quimper Cedex
Tél. : 02 98 52 60 96

30 GARD

- **RVH Nîmes**

CHU Gaston-Doumergue
5, rue Hoche
30000 Nîmes
Tél. : 04 66 27 32 32

31 HAUTE-GARONNE

- **Association Passages (toxicomanie)**

11, rue des Novars
31300 Toulouse
Tél. : 05 61 77 34 62

- **Toulouse REVIH**

Secrétariat du CISIH
CHU Purpan
SMIT
31059 Toulouse Cedex
Tél. : 05 61 77 25 19

32 GERS

- **REVIH 32**

Hôpital Pasteur
BP 382
32008 Auch Cedex
Tél. : 05 62 60 19 56

33 GIRONDE

- **Réseau Gironde**

CISIH de Bordeaux
Hôpital Pellegrin
33076 Bordeaux Cedex
Tél. : 05 56 93 13 13

34 HÉRAULT

- **RVH Montpellier**

CISIH de Montpellier
Hôpital Gui-de-Chauliac
34295 Montpellier Cedex 5
Tél. : 04 67 63 08 95

35 ILLE-ET-VILAINE

- RVH VIH 35 Rennes**

CHR Pontchaillou
Pavillon Balle
2, rue Henri-le-Guilloux
35033 Rennes Cedex
Tél. : 02 99 28 41 36

37 INDRE-ET-LOIRE

- RVH VIH 37**

Hôpital Bretonneau
Maladies infectieuses
2, boulevard Tonnelé
37044 Tours Cedex
Tél. : 02 47 47 37 14

38 ISERE

- RVH toxicomanie**

Association Cohérence 38
24 bis, rue Félix-Viallet
38000 Grenoble
Tél. : 04 76 76 50 41

- RVH Grenoble**

CISIH de Grenoble
Hôpital Nord
38700 La Tronche
Tél. : 04 76 76 52 92

40 LANDES

- RVH VIH – toxicomanie REVIH Dax**

Centre hospitalier général
Médecine D
Boulevard Yves-du-Manoir
BP 323
40100 Dax Cedex
Tél. : 05 58 91 48 51

42 LOIRE

- REVIH Loire**

Hôpital de Bellevue
Maladies infectieuses
42055 Saint-Étienne Cedex 2
Tél. : 04 77 42 05 65

44 LOIRE-ATLANTIQUE

- **RVH VIH REVIH Nantes**
CISIH de Nantes – 7^e ouest
Hôtel-Dieu
BP 1005
44093 Nantes Cedex 1
Tél. : 02 40 08 31 48
- **RVH VIH REVIH Saint-Nazaire**
Centre hospitalier
BP 414
44606 Saint-Nazaire Cedex
Tél. : 02 40 90 61 30

45 LOIRET

- **RVH sida 45**
Centre hospitalier régional
1, rue Porte-Madeleine
45000 Orléans
Tél. : 02 38 74 40 15

46 LOT

- **REVIH 46 (VIH – toxicomanie)**
Place Bergon
BP 269
46000 Cahors
Tél. : 05 65 20 54 11

56 MORBIHAN

- **RVH Lorient (VIH)**
CH de Bretagne-sud
Hématologie
27, rue du Docteur-Lettry
BP 2233
56322 Lorient Cedex
Tél. : 02 97 64 91 85

57 MOSELLE

- **RVH VIH RVIHAM**

CHR Notre-Dame-de-Bon-Secours

Médecine A

4-6, rue Charles-Abel

57038 Metz Cedex

Tél. : 03 87 55 32 32

- **RVH Thionville**

Hôpital Beauregard

Dermatologie

BP 60327

57126 Thionville Cedex

Tél. : 03 82 55 88 75

59 NORD

- **Généralistes et toxicomanie 59-62**

267, rue Solferino

59000 Lille

Tél. : 03 20 52 35 25

- **RVH VIH Tourcoing**

CISIH de Tourcoing

Centre hospitalier Gustave-Dron

135, rue du Président-Coty

59208 Tourcoing Cedex

Tél. : 03 20 69 45 73

- **RVH toxicomanie Valenciennes – Greid**

2, avenue du Sénateur-Girard

59300 Valenciennes

Tél. : 03 27 41 32 32

62 PAS-DE-CALAIS

- **Médecins généralistes toxicomanie 62**

11, place Victor-Hugo

62000 Arras

Tél. : 03 21 21 53 53

64 PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

- **Réseau toxicomanie 64 – Resapsud**

Centre hospitalier de la Côte-Basque

64109 Bayonne Cedex

Tél. : 05 59 44 40 73

- **RVH REZOPAU (VIH)**

Le Rabelais

9, rue des Frères-Camors

64000 Pau

Tél. : 05 59 02 43 34

65 HAUTES-PYRÉNÉES

- **RVH VIH – toxicomanie REVIH 65**

4, place du Marché-Brauhauban

65000 Tarbes Cedex

Tél. : 05 62 93 47 47

66 PYRÉNÉES-ORIENTALES

- **RVH VIH Perpignan**

Centre hospitalier

Pavillon Pasteur

BP 4052

66043 Perpignan

Tél. : 04 68 61 64 80

67 BAS-RHIN

- **RVIH Strasbourg**

CISIH

Hôpitaux universitaires

67091 Strasbourg Cedex

Tél. : 03 88 11 63 33

68 HAUT-RHIN

- **RVH Mulhouse**

Centre hospitalier

Hématologie

68070 Mulhouse Cedex

Tél. : 03 89 64 60 48

69 RHONE

- **Réseau Soins-et-santé (VIH – toxicomanie)**

37, avenue Charles-de-Gaulle

69300 Caluire

Tél. : 04 72 27 23 60

- **RHV 69**

Hôtel-Dieu

69288 Lyon Cedex

Tél. : 04 72 41 31 04

- **Généralistes toxicomanie 69**

39, rue Thomassin

69002 Lyon

Tél. : 04 72 41 78 09

- **RVH Themis**

Hôpital Édouard-Herriot

5, place d'Arsonval

69437 Lyon Cedex

Tél. : 04 72 11 61 47

73 SAVOIE

- **Santé et toxicomanie Savoie**

12, rue du Commandant-Perceval

73000 Chambéry

Tél. : 04 79 69 73 75

- **REVIH 73**

Centre hospitalier

BP 1125

73011 Chambéry Cedex

Tél. : 04 79 96 51 72

74 HAUTE-SAVOIE

- **RVH VIH ARAVIH**

Centre hospitalier

Maladies infectieuses

1, avenue de Trésum

BP 2333

74011 Annecy Cedex

Tél. : 04 50 88 30 71

75 PARIS

- **RVH VIH Paris-Nord**

36, rue de Turbigo

75003 Paris

Tél. : 01 42 72 65 43

• **Réseau toxicomanie Copast**

36, rue de Turbigo

75003 Paris

Tél. : 01 48 04 05 45

• **RVH VIH Rezo 85**

Hôpital Rothschild

33, boulevard de Picpus

75012 Paris

Tél. : 01 40 19 33 96

• **Réseau Bastille (VIH - toxicomanie)**

Hôpital Saint-Antoine

184, rue du Faubourg-Saint-Antoine

75571 Paris Cedex 12

Tél. : 01 49 28 28 79

• **Paris-Rive-Gauche (VIH)**

119, rue d'Alésia

75014 Paris

Tél. : 01 45 45 30 90

76 SEINE-MARITIME

• **RVH Flaubert**

CDAG - Porte 24

1, rue de Germont

76031 Rouen Cedex

Tél. : 02 32 88 80 40

77 SEINE-ET-MARNE

• **RVH VIH - toxicomanie 77 Sud**

46, rue Sainte-Liesne

77011 Melun

Tél. : 01 64 71 63 37

78 YVELINES

• **RVH VIH Osiris Val-de-Seine 78**

CHI Léon-Touhlaian

Bureau 513

10, rue du Champ-Gaillard

78303 Poissy Cedex

Tél. : 01 39 79 53 32

• **RVH VIH Association ville-hôpital 78**

9, rue Armagis

78100 Saint-Germain-en-Laye

Tél. : 01 30 87 00 23

• **Ressy Ouest (VIH - toxicomanie)**

18, rue Albert-Joly

78000 Versailles

Tél. : 01 39 53 05 27

• **Remisy (VIH)**

18, rue Albert-Joly

78000 Versailles

Tél. : 01 39 53 05 27

79 DEUX-SEVRES

• **RVH VIH Niort**

Centre hospitalier général

Réanimation

79000 Niort

Tél. : 05 49 09 80 45

82 TARN-ET-GARONNE

• **REVIH 82**

36, rue Émile-Pouillon

82000 Montauban

Tél. : 05 63 91 40 18

83 VAR

• **RVH VIH Toulon**

Hôpital Chalucet

BP 1412

83056 Toulon Cedex

Tél. : 04 94 22 77 41

84 VAUCLUSE

• **RVH toxicomanie**

c/o Apist

8, rue Gabriel-Biron

84000 Avignon

Tél. : 04 90 89 80 45

- **RVH Avignon**

Hôpital Henri-Duffaut
305, rue Raoul-Follereau
84902 Avignon Cedex
Tél. : 04 90 80 31 78

86 VIENNE

- **RVH VIH Poitiers 86**

BP 577
86021 Poitiers Cedex
Tél. : 05 49 44 40 83

89 YONNE

- **RVH Auxerre**

Centre hospitalier
2, boulevard de Verdun
89011 Auxerre Cedex
Tél. : 03 86 48 48 54

- **RVH VIH – toxicomanie Sens**

Centre hospitalier
1, avenue Pierre-de-Coubertin
89100 Sens Cedex
Tél. : 03 86 86 15 15

91 ESSONNE

- **RVH VIH Ouest-Essonne**

CMC de Bligny
Pavillon Despeaux
91640 Briis-sous-Forges
Tél. : 01 64 90 52 80

- **RVH VIH Nord-Est-Essonne – Pluriel**

CHI Gilles-de-Corbeil
Médecine interne
59, boulevard Henri-Dunant
BP 85
91100 Corbeil-Essonnes
Tél. : 01 60 90 31 75

- **RVH départemental toxicomanie Hérodote**

Centre hospitalier

59, boulevard Henri-Dunant

91100 Corbeil-Essonnes

Tél. : 01 60 90 31 93

• **Réseau Sud-Essonne – Ensemble**

2 bis, rue du Ronneau

91150 Étampes

Tél. : 01 64 94 00 56

• **RVH VIH Nord Essonne – Lien**

Centre hospitalier

9, rue Camille-Flammarion

91260 Juvisy-sur-Orge

Tél. : 01 69 54 27 32

• **Association médecins généralistes et toxicomanie 91**

1, allée des Amonts

91940 Les Ulis

Tél. : 01 64 46 17 00

• **Solhiv – Réseau de Longjumeau**

159, Grande Rue

91160 Longjumeau

Tél. : 01 64 54 31 72

92 HAUTS-DE-SEINE

• **RVH Ressource**

Hôpital Antoine-Béclère

157, rue de la Porte-de-Trivaux

92140 Clamart

Tél. : 01 45 31 84 57

• **RVH VIH – toxicomanie Ares 92**

Hôpital Louis-Mourier

178, rue des Renouillers

92700 Colombes

Tél. : 01 46 49 36 36

• **RVH VIH Val-de-Seine**

Hôpital Foch

Médecine interne

40, rue Worth

92150 Suresnes

Tél. : 01 46 25 27 11

93 SEINE-SAINT-DENIS

- RVH VIH 93 Centre**

Dispensaire d'hygiène sociale
1, rue Sadi-Carnot
93300 Aubervilliers
Tél. : 01 48 34 38 57

- RVH VIH RMVH**

BP 89
93172 Bagnolet Cedex
Tél. : 01 43 62 95 90

- RAMM VIH**

Centre hospitalier
125, rue de Marbœuf
93105 Montreuil Cedex
Tél. : 01 49 20 31 80

- RVH VIH - toxicomanie Vigie 93**

17 bis, rue du Général-Gallieni
93110 Rosny-sous-Bois

Tél. : 01 45 28 62 26
• RVH VIH - toxicomanie 93 Ouest
Cité des Francs-Moisins
Bâtiment 4 - Escalier 4
3, allée Antoine-de-Saint-Exupéry
93200 Saint-Denis
Tél. : 01 48 09 81 32

94 VAL-DE-MARNE

- RVH toxicomanie Visa-Boucles-de-Marne**

CMS Ténine
6, rue Max-Dormoy
94500 Champigny-sur-Marne

Tél. : 01 48 82 55 16

- RVH VIH - précarité Créteil Solidarité**

Centre hospitalier intercommunal
40, avenue de Verdun
94000 Créteil
Tél. : 01 49 81 79 60

- RVH Val-de-Bièvre**

Hôpital Bicêtre

78, avenue du Général-Leclerc
94270 Le Kremlin-Bicêtre
Tél. : 01 45 21 94 31
• **Ecos (VIH)**
Hôpital Paul-Brousse
UMIT
12, avenue Paul-Vaillant-Couturier
94804 Villejuif
Tél. : 01 45 59 38 65
• **CHIV 91-94**
Centre hospitalier
Maladies infectieuses
40, allée de la Source
94190 Villeneuve-Saint-Georges
Tél. : 01 43 86 24 56

95 VAL-D'OISE

• **RVH Argenteuil**
CH Victor-Dupouy
67, rue du Lieutenant-Colonel-Prudhon
95107 Argenteuil
Tél. : 01 34 23 24 05
• **Association toxicomanie Remed 95**
Centre Dune
Immeuble Les Oréades
BP 5
95001 Cergy Cedex
• **RVH VIH – toxicomanie – précarité REVIHVO**
Centre hospitalier Émile-Roux
Médecine interne
95600 Eaubonne
Tél. : 01 39 59 71 71

971 GUADELOUPE

• **RVH Guadeloupe**
CISIH de Pointe-à-Pitre
Centre hospitalier universitaire
97159 Pointe-à-Pitre Cedex
Tél. : 00 590 89 13 30

972 MARTINIQUE

- RVH Martinique**

Union régionale des médecins libéraux

Entrée ex-hôpital Clarac

Boulevard Pasteur

97200 Fort-de-France

Tél. : 00 596 55 23 41

973 GUYANE

- RVH Cayenne**

Centre hospitalier général

Rue des Flamboyants

BP 6006

97306 Cayenne Cedex

Tél. : 00 594 39 53 25

974 RÉUNION

- RVH Ile-de-la-Réunion**

CHD Félix-Guyon

Immunologie clinique

97400 Saint-Denis-de-la-Réunion

Tél. : 0 262 35 91 75



Fondée en 1985, Arcat, association de Recherche de Communication et d'Action pour le Traitement du sida agit en faveur des personnes atteintes. Constituée d'une équipe de professionnels et de bénévoles, l'association remplit trois missions essentielles, l'aide et la défense des personnes concernées par le VIH, l'information et la formation, le soutien à la recherche médicale.

Arcat contribue à l'amélioration de la prise en charge sociale des personnes touchées par le VIH. Elle les oriente et les accompagne pour leur permettre d'accéder à l'information sur leurs droits et aux moyens de les faire valoir. Écoute, soutien psychologique, conseils médicaux et aide au logement constituent, au quotidien, le travail du Point-Solidarité, structure d'accueil d'Arcat, créée en 1992.

Parmi ses autres activités, Arcat informe le public et les professionnels sanitaires et sociaux. Elle met à leur disposition des outils d'information tels que le *Journal du sida*, mensuel francophone de référence dans la lutte contre le sida, des brochures dont " Infection par le VIH et sida ", " Réponses aux questions du personnel de santé ", " L'accueil de l'enfant séropositif ", " VIH et vacances ", " L'essai thérapeutique ", etc.

L'association propose aussi des formations aux professionnels sanitaires et sociaux ainsi que des actions d'information et de sensibilisation en entreprise.

Depuis 1992, Arcat édait chaque année le " Répertoire des essais thérapeutiques ". Cet ouvrage décrivait les essais en cours et les essais terminés dans l'année. Courant 1999, l'ensemble des informations sur les essais thérapeutiques dans le domaine de l'infection par le VIH sera accessible sur l'internet

Arcat

94-102, rue de Buzenval

75020 Paris

Tél. : 01 44 93 29 29

Fax : 01 44 93 29 30

www.arcat-sante.org

Diffusion :

Presscode – Tél. : 04 96 11 05 89. E-mail : editions@asos.org

Arcat est une association membre du Groupe SOS

www.groupe-sos.org