

SIDA 90

S A V O I R
I N F O R M E R
D E B A T T R E
A N A L Y S E R

«Nul n'est bon historien de la vie patente, visible, éclatante et publique des peuples, s'il n'est en même temps, dans une certaine mesure, historien de leur vie profonde et cachée». Victor Hugo

REDACTION

Mensuel d'information co-édité par ARCAT-SIDA et CIVIS

Directeur
Frédéric Edelmann
Rédacteurs en chef
Franck Fontenay
Jean-Florian Mettetal
Secrétaire de rédaction
Pierre-Michel Rainon

Rédaction
Michèle Aillot
Martine Briat
Baptiste Cohen
Claudine Colin
Caroline Dumay
Frédéric Edelmann
Philippe Edelmann
Franck Fontenay
Eric Lamien
Roland Landman
Séverine Mathieu
Jean-Florian Mettetal
Nathalie Nonell
René Ripert

Collaborations
Michel Bastard
Pascal Buchet
Jean-François Delfraissy
Anne Masseran
Mariannick Merckx
Jérôme Pellerin
Jean Torchinsky
Annie Triomphe

ADMINISTRATION

Administrateur Général
Christophe Girard
Administrateur Délégué
Baptiste Cohen
Publicité / Diffusion
Christophe Danton
et l'équipe des volontaires
d'ARCAT-SIDA

SIDA 90,
57, rue Saint-Louis-en-l'Île
75004 Paris.
Tél : 43 54 67 15
Fax: 46 33 11 42
Impression: *Numéro Zéro*
16, square Dunois, 75013 Paris
Commission paritaire : 70976
Dépot Légal : à parution
ISSN : 0996/6625

**Mensuel : 11 numéros par an
+ 2 suppléments**

Abonnement (France) : 350 F
Etranger: 500F
Prix du numéro: 40F

© CIVIS / ARCAT-SIDA

Directeur de la publication
Frédéric Edelmann

Directeur médical
Jean-Florian Mettetal

**Sommaire
en dernière page**

Boycotts

Les atermoiements du gouvernement américain pour répondre à la demande de la plupart des organisations non gouvernementales (ONG) de lutte contre le sida, mais aussi de la Croix Rouge internationale et de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) révèlent, s'il en était besoin, un décalage persistant entre un discours qui avait su, bon an mal an, réconcilier les intérêts scientifiques et humanitaires contre les démons de l'exclusion, et un corps politique qui, né des urnes, trouve au contraire son intérêt à raviver les mêmes démons.

Reposons les faits simplement. En France, la distinction entre maladie contagieuse et maladie transmissible permet d'assigner au sida une place qui correspond à la réalité scientifique, mais aussi aux exigences liées à la Déclaration des droits de l'homme. Aux Etats-Unis, la distinction paraît abstraite, la transmissibilité n'étant qu'un niveau d'ailleurs mal établi de la contagiosité. Le sida a donc rejoint en 1987 la liste des maladies «*dangereuses et contagieuses*», qui impose en principe aux malades une déclaration non anonyme à l'entrée sur le territoire américain. Pour la Conférence, le gouvernement américain accepterait cependant un assouplissement des procédures. Mais, d'une part, cela correspond à des dispositions étrangement discriminatoires par rapport aux victimes des autres maladies visées par la loi, d'autre part, maintenir le sida comme le font les autorités américaines dans la liste des maladies contagieuses est non seulement une erreur scientifique délibérément acceptée, mais manifeste en outre une cynique brutalité: la discrimination qu'entraîne cette politique ne repose pas sur une crainte réelle -légitime ou illégitime- mais sur une volonté d'exclusion sociale indépendante de raisons objectives. Faut-il ajouter que les dispositions légales américaines sont d'autant plus odieuses que les Etats-Unis restent jusqu'à nouvel ordre le principal réservoir occidental du VIH et que, dans ce contexte, l'idée d'une étanchéité renforcée des frontières aurait de quoi faire rire, si elle n'avait toutes les raisons de faire pleurer.

Quand bien même ces dispositions seraient temporairement allégées pour la durée de la Conférence, elles n'en seraient que plus inacceptables. La Conférence apparaîtra en effet dans ce cas comme une éclipse hypocrite de la politique de discrimination. En outre, dès lors qu'est acceptée une telle politique au niveau fédéral, fondée tout à la fois sur la manipulation de la vérité et les processus d'exclusion, on voit mal quelles limites, quels obstacles pourraient rencontrer de nouvelles et plus graves mesures de ségrégation, d'enfermement, en un mot, de nouvelles atteintes aux droits de l'homme. C'est cette redoutable logique, ou plus exactement, cette appréhension de

l'irrationnel politique qui a conduit, individuellement ou collectivement, de nombreux chercheurs, de nombreuses associations* à menacer de boycott la Conférence si le gouvernement américain ne modifiait pas ses positions. Reste que l'OMS, à travers les déclarations de Jonathan Mann, directeur du programme sida, semblerait curieusement accepter une demi-mesure (la déclaration anonyme des malades aux frontières, sans mention sur les passeports), entérinant en cela une pratique à l'opposé même de l'esprit de l'Organisation Mondiale qui est la défense des individus par delà les frontières.

Or, l'attitude conciliante de l'OMS peut avoir de graves conséquences dans des pays qui n'ont pas la démocratie pour déesse. Quel discours l'OMS pourra-t-elle tenir, ayant accepté des Etats-Unis une telle attitude, pour convaincre de nouveaux pays tentés par l'isolement? N'aura-t-elle pas cautionné les doutes feints ou réels qu'entretiennent ici ou là les responsables politiques sur le caractère transmissible ou contagieux du VIH? N'aura-t-elle pas créé en outre un contexte de conciliation molle où nageront à l'aise ceux des petits et gros poissons qui, dans les milieux politiques, médicaux ou associatifs liés au sida, gèrent leur carrière autant ou davantage que le problème du sida, mais où risquent de se trouver marginalisés ceux qui, par fidélité à leurs principes, s'en tiendront à un boycott à la portée réduite par l'attitude des premiers?

Certes, il y a des positions de bon sens hostiles au boycott, non par opportunisme mais par souci de la poursuite du dialogue entre scientifiques et malades. Certes, beaucoup de ceux qui prônent le boycott paraissent mal connaître le détail des données, voyant dans les dispositions américaines une interdiction pure et simple de l'entrée des malades sur le territoire. Certes, dans cet exercice international du boycott ou du refus du boycott, se dissimulent d'autres enjeux, d'autres luttes de pouvoir que ne le demanderait l'exclusif souci du bien humain. Ainsi, la ville de Montréal assurait avoir gagné plusieurs millions de francs alors que s'achevait à peine la Conférence de 1989.

Il reste que les principes généreux, solidaires, uniques jusqu'alors dans l'histoire de la médecine, attachés à la Conférence lors de sa création à Atlanta en 1985, se trouvent si bien remis en cause que beaucoup estiment comptés les jours de ce grand paquebot qui, de villes en villes, à travers le monde, devait emmener ceux qui souffrent et ceux qui gèrent la souffrance, ceux qui cherchent à comprendre et ceux qui cherchent à croire. F.E./J.F.M.

* dont l'Arcat-Sida, editrice de *SIDA 90*.

Les derniers chiffres

Au 31 décembre 1989, l'Organisation Mondiale de la Santé a recensé 203 599 cas de sida cumulés depuis le début de l'épidémie. Ces cas, rapportés par 152 pays, se répartissent géographiquement de la manière suivante (les dates figurant entre parenthèses correspondent aux dates de notification les plus récentes adressées à l'OMS par chacun des pays concernés):

Amériques (44 pays)

134 539 cas, dont 113 211 aux Etats-Unis (13/12/89), 8 064 au Brésil (30/09/89), 3 130 au Canada (06/11/89), 2 683 au Mexique (30/06/89) et 2 215 à Haïti (30/06/89). Un seul pays ne signale aucun cas, le Montserrat (31/12/88).

Afrique (52 pays)

38 248 cas, dont 7 375 en Ouganda (15/04/89), 6 004 au Kenya (30/06/89), 4 158 en République-Unie de Tanzanie (31/12/88), 2 586 au Malawi (30/06/88), 2 355 au Burundi (30/06/89), 1 892 en Zambie (01/05/89), 1 806 au Rwanda (31/08/89), 1 250 au Congo (09/12/87), 1 148 au Zimbabwe (30/09/89) et 1 010 en Côte d'Ivoire (23/10/89). Quatre pays ne signalent aucun cas, la Lybie (31/10/89), Madagascar (01/02/89), la Mauritanie (31/07/88) et les Seychelles (20/04/89).

Europe (30 pays)

28 576 cas, dont 8 025 en France (30/09/89), 4 663 en Italie (30/09/89), 4 220 en République Fédérale d'Allemagne (30/11/89), 3 965 en Espagne (30/09/89), 2 717 au Royaume-Uni (31/10/89), 1 046 en Suisse (30/09/89), 1 044 aux Pays-Bas (30/11/89) et 563 en Belgique (30/09/89). L'URSS a recensé 18 cas (30/09/89) et l'Albanie aucun (30/09/89).

Océanie (14 pays)

1 742 cas, dont 1 562 en Australie (29/11/89), 154 en Nouvelle-Zélande (27/11/89), 13 en Papouasie-Nouvelle-Guinée (28/06/89) et 8 en Polynésie Française (17/07/89).

Asie (38 pays)

494 cas, dont 108 au Japon (26/09/89), 92 en Israël (30/09/89), 40 en Inde (15/11/89), 31 en Turquie (31/10/89), 26 aux Philippines (31/07/89), 25 en Thaïlande (30/09/89), 23 au Qatar (29/08/88) et 22 à Hong-Kong (25/07/89). La Chine signale 3 cas et 12 pays ne recensent aucun cas: l'Afghanistan (04/10/89), le Bahreïn (28/08/89), le Bangladesh (30/09/89), le Bouthan (30/09/89), la République populaire démocratique de Corée (30/09/89), le Yémen démocratique (31/12/88), l'Irak (11/10/89), les Maldives (30/09/89), la Mongolie (30/09/89), le Myanmar (30/09/89), le Viet Nam (08/09/87) et le Yémen (31/12/88). L'OMS ne dispose d'aucune donnée pour les Emirats arabes unis et l'Arabie saoudite.

(Source: OMS, *Relevé Epidémiologique Hebdomadaire* n°1, 5 janvier 1990, données au 31 décembre 1989)

Le Plan à deux ans de l'Agence Française de Lutte contre le Sida

Un document d'orientations pour «*gérer au mieux*»

La proposition de préparer, pour 1990 et 1991, un plan à deux ans remonte au printemps 1989. Elle vise à donner un contenu et des modalités à la politique gouvernementale dans le domaine du sida. Le principal objectif du plan est de procurer à l'ensemble des acteurs une vision d'ensemble de la stratégie gouvernementale. Réalisé à partir d'une enquête entreprise pendant l'été 1989 auprès de 1400 intervenants, il se veut à la fois un bilan des actions entreprises et une plate-forme de travail, recensant les aptitudes et les besoins. M. Dominique Coudreau explique ainsi dans la préface du plan que celui-ci répond à deux objectifs: «*permettre une bonne compréhension par tous de la politique conduite*» et «*gérer au mieux*». Nous retraçons ici, sans porter d'analyse, les grandes lignes de ce document d'orientations comprenant 70 pages, qui a été officiellement présenté le lundi 29 janvier dernier par MM. Claude Evin, ministre de la Santé, et Dominique Charvet, le nouveau directeur de l'Agence Française de Lutte contre le Sida.

Après avoir établi le bilan épidémiologique de la maladie dans le monde et en France, le document d'orientation rappelle les missions de l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS) et expose «*les actions*» qu'elle a «*réalisées en 1989 et les orientations pour 1990-1991.*»

Dans le domaine des «*actions de sensibilisation du grand public*», trois grandes orientations sont définies pour 1990-1991: approfondir les campagnes d'information sur le sida, celles sur l'utilisation des préservatifs et développer une communication sur la sexualité. Il s'agit de contribuer à l'installation d'un climat de confiance, indispensable à la prévention, tout en respectant les réseaux et les codes de communication propres à chaque groupe-cible.

Dans le domaine de «*l'information*», l'agence relève les apports et les enjeux de la recherche en sciences humaines et sociales. L'appel d'offres, lancé en 1989 par l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS), a été renouvelé en 1990 autour de thèmes prioritaires (les risques, les populations, les comportements). Une enquête sur les comportements sexuels des Français devrait être lancée cette année par l'ANRS, qui entend développer son rôle d'animation de la recherche en sciences sociales.

Après avoir pointé les indicateurs mesurant l'efficacité des campagnes d'éducation entreprises, le document développe les orientations 1990-1991 en ce qui concerne l'information. La mise en place, impulsée par l'AFLS, d'un réseau national d'informations s'organiserait grâce au partenariat avec différentes revues spécialisées, au développement de centres-ressources, départementaux et régionaux, de prévention. Dans un second temps, un périodique permettrait de spécifier les relations entre l'AFLS et ses partenaires. Une évaluation des services téléphoniques actuellement offerts déterminerait enfin l'éventuelle nécessité d'un service d'écoute spécifique au sida, dont l'AFLS financerait alors le montage.

Evaluer les actions entreprises

Au chapitre des «*actions de proximité*», la méthode de travail s'ordonne autour de l'appel d'offres (voir article p. 5), du partenariat avec les intervenants institutionnels et des sites-pilotes. Il s'agira d'identifier les besoins, de déterminer des objectifs et enfin d'évaluer les résultats des actions proprement dites. Le suivi des actions par l'AFLS ou par des intervenants-relais devra faire l'objet d'une méthodologie précise, que ce soit dans le domaine de la formation ou sur le plan de la coordination de l'information.

Ce plan d'intervention fera l'objet d'une évaluation. L'AFLS s'engage à réaliser, à la fin de chaque année, un bilan des actions entreprises; elle se chargera également de concevoir une évaluation qualitative des expériences de prévention. Les actions de prévention prévues pour 1990-1991 viseront, outre la population en général, les homosexuels, les toxicomanes, les jeunes, les immigrés, les prostituées, la population «justice» et les adultes en milieu de travail.

Organiser le travail en réseau

La deuxième partie du document est consacrée au «partenariat» et à la «contractualité» que sous-tendent les actions définies ci-dessus.

L'AFLS entend promouvoir la collaboration entre les acteurs et se refuse à jouer un rôle substitutif ou à superposer aux structures existantes de nouveaux cadres institutionnels d'intervention.

Le document détaille les «modalités d'intervention», prévues pour 1990-1991, «des différents partenaires»: les pouvoirs publics (les différents ministères concernés, en dehors de celui de la Santé), les «grands intervenants» (Caisses de Sécurité Sociale, Mutualité, Collectivités locales), les professionnels de santé et les associations.

Dans le domaine des professions de santé (médecins généralistes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmières, travailleurs sociaux), les priorités mettent l'accent sur l'information, la formation et la constitution de réseaux pour coordonner les actions et faciliter la transmission de l'information. L'AFLS entend ainsi étudier les projets suivants:

- conception d'une lettre d'information en direction des médecins généralistes;
- rédactionnel dans la presse médicale spécialisée;
- inventaire des réseaux médicaux;
- poursuite de l'effort de formation initié par Aides et Arcat-Sida;
- enquête sur le rôle des pharmaciens dans la diffusion de l'information;
- sensibilisation accrue des médecins généralistes;
- formation approfondie adaptée aux infirmières;
- réalisation d'une action spécifique de prévention contre le risque professionnel (création d'une commission de réflexion consacrée aux problèmes liés à ce risque);
- mise en place d'un réseau national de professionnels avec des relais régionaux;
- organisation de stages de formation initiale et continue selon trois axes (information, formation, recherche) pour les travailleurs sociaux;

- susciter la mise en place d'expériences sur le plan du travail social.

Le rôle des associations dans la lutte contre le sida est reflétée par un chiffre: au terme de l'enquête réalisée en 1989 par l'AFLS, 172 associations mènent des actions de prévention de la maladie et 19 % des organisations qui ont répondu y consacrent plus de 80 % de leurs activités. Cette présence active est reconnue comme un atout décisif pour la qualité de la réponse collective à la maladie.

Il s'agit maintenant de déterminer des moyens pour intervenir dans la durée et de clarifier les rôles impartis aux pouvoirs publics d'une part, aux associations, d'autre part. L'AFLS reconnaît le rôle innovant joué par les secondes en matière de prévention et serait prête à en favoriser l'accroissement. Elle entend développer des services spécifiques, à l'usage de ses partenaires associatifs qu'elle souhaite en particulier associer aux groupes thématiques de réflexion qui seront impulsés par l'ANRS.

Déterminer les terrains d'action

Dans le dernier chapitre, consacré à «la coopération internationale», le document trace un bilan des actions menées par le ministère des Affaires Etrangères et celui de la Coopération et du Développement dans les pays les plus défavorisés. Il détaille ensuite les programmes de prévention qui seront développés en 1990-1991, en particulier le projet Information-Education-Communication (IEC) qui vise à former des relais dans le tiers-monde parmi les professions médicales et paramédicales. Le suivi des malades sera par ailleurs l'objet de projets spécifiques, associant des chercheurs, des universitaires et des praticiens hospitaliers français et ivoiriens. L'AFLS situe ici son intervention dans le cadre de la défense des droits de l'homme et des libertés individuelles.

La conclusion de ce document recense les ouvrages et les enquêtes qui ont constitué la matrice de l'ouvrage et présente, en annexe, des données sur les populations cible visées par les actions de proximité et des exemples de stratégies menées dans le milieu scolaire. M.A.

[Ce compte-rendu du Plan à deux ans d'éducation pour la santé, n'implique pas de la part de SIDA 90, ni des associations qui sont liées à sa publication, un assentiment. Celles-ci estiment devoir se donner le temps de l'analyse. Il en sera rendu compte dans les prochains numéros de SIDA 90. La Rédaction]

L'appel d'offres de l'AFLS

Objectifs et modalités

L'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS) vient de lancer un appel d'offres ouvert à tout organisme, institution ou association impliqué dans la prévention ou dans la lutte contre le sida. Nous reproduisons ici, dans ses grandes lignes, le document d'orientation, conçu par l'AFLS, expliquant les objectifs et les axes prioritaires de cet appel d'offres.

A l'occasion de cet appel d'offres, l'AFLS propose «trois niveaux de coopération» à ses éventuels et futurs partenaires:

- situer leurs propres actions dans le cadre de la stratégie générale des pouvoirs publics;
- obtenir un label sur les instruments de leurs actions;
- s'associer à l'Agence en concluant des contrats déterminant des objectifs communs, des méthodes d'intervention, des moyens techniques et financiers d'évaluation ainsi que les conditions de l'évaluation des actions.

Les actions de terrain et les campagnes de sensibilisation du grand public qui seront proposées doivent répondre à «quatre objectifs»:

- maintien d'un bon niveau d'information, garant du climat de tolérance et plus particulièrement permettre l'accès à l'information aux catégories sociales les plus défavorisées;
- sensibilisation collective au problème du sida pour développer la solidarité vis-à-vis des séropositifs et des malades;
- prévention de la diffusion de l'épidémie en valorisant l'adoption de nouveaux comportements amoureux;
- prise de conscience du risque chez les personnes les plus exposées (homosexuels, toxicomanes, jeunes de 18 à 25 ans, adultes multipartenaires, etc.).

Les actions promues

L'AFLS a défini «quatre axes prioritaires» qui permettent de susciter quatre types de projets essentiels à ses yeux.

- «*Information et sensibilisation*»: ce premier axe privilégie les actions de terrain qui s'appuient sur l'information comme mode de prévention. Elles peuvent entraîner la création et l'utilisation de nouveaux supports pédagogiques (brochures, films, affiches, logiciels). Les expositions, rencontres-débats, animations pour des publics particuliers s'inscrivent, par exemple, dans cette orientation.

- «*Education pour la santé et actions de terrain*»: cet axe recouvre des catégories d'actions de nature et de taille très différentes. Se proposant d'intervenir plus directement sur les attitudes et les comportements, leur démarche méthodologique doit donc être plus précise, leur contenu éducatif et préventif explicite et leur évaluation rigoureuse. Les approches novatrices du type recherche-action entrent dans ce deuxième axe. Prenons l'exemple de la prostitution. La recherche-action, c'est-à-dire une démarche s'adaptant au milieu, à ses réactions, au fur et à mesure du développement du travail, permettra d'évaluer le rôle que les prostituées

peuvent avoir comme acteurs de prévention vis-à-vis de leurs clients.

- «*Formation de relais*»: ce troisième axe favorise les actions de formation en direction des intervenants. Elles doivent permettre une bonne connaissance de l'infection à HIV et des réseaux sanitaires et sociaux, contribuer à la maîtrise des techniques de communication ainsi qu'à l'élaboration et la mise en oeuvre des actions de prévention.

- «*Circulation de l'information*»: la nécessaire coopération entre les différents acteurs impose d'organiser la coordination des moyens et la circulation de l'information. Cet axe se propose de privilégier les projets permettant d'organiser cette circulation (réseau documentaire, séminaires, ateliers, journaux, etc.) et d'assurer la complémentarité des équipes (analyses et méthodologies communes, comparaisons, etc.).

Les conditions de participation

L'AFLS privilégiera les projets capables de mobiliser, sur le plan local, des co-financements publics ou privés : mairie, conseil général ou régional, caisse d'assurance-maladie, mutualité, entreprises, etc.

Les actions proposées doivent disposer d'une méthodologie précise: analyse des besoins, description des techniques, documentation employée, outils de suivi, d'évaluation et de diffusion des résultats. Elles doivent s'inscrire dans la durée ou dans un programme global de prévention.

Le dossier de candidature, disponible sur simple demande écrite (1) comprend ce résumé de la démarche et un questionnaire à remplir.

L'examen des projets est assuré par un comité de sélection composé d'experts. Les dates limites de retour des dossiers sont fixées aux :

Lundi 5 mars 1990 pour un examen des dossiers avant le 30 mars.

Lundi 2 avril 1990 pour un examen des dossiers avant le 27 avril.

L'AFLS a prévu la permanence du comité de sélection afin de répondre tout au long de l'année à d'éventuelles urgences ou encore à l'apparition de projets particulièrement intéressants, qui n'auraient pu s'intégrer dans le calendrier défini ci-dessus. M.A.

(1) Agence Française de Lutte contre le Sida: 2, rue Auguste Comte, Immeuble «Le Berry», 6ème étage, 92170 Vanves.
Tel.: 47 65 74 25 - 47 65 74 26 - 47 65 74 47.

Un entretien avec M. Dominique Coudreau

Un bilan satisfait

Nommé à la présidence de l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS) en février 1989 par le gouvernement, M. Dominique Coudreau a annoncé à la fin du mois de décembre dernier son départ de ce poste, où il a été remplacé par M. Dominique Charvet (Voir interview p. 10 et 11). Chargé depuis janvier 1990 de la stratégie de développement du secteur santé à l'Union des Assurances de Paris (UAP), il dresse son bilan personnel de la première année de fonctionnement de l'AFLS.

Quel bilan établissez-vous de votre action à la tête de l'Agence?

Je mettrais en parallèle ce que le gouvernement m'avait demandé de faire et ce qui a été fait pour mettre en application cette politique. Le gouvernement souhaitait mettre en place un organisme autonome chargé de la prévention et de l'éducation pour la santé et des relations avec les associations. Il importait également de veiller à ce qui se passait en matière d'information sur le sida.

Le travail que j'ai fait s'articule en trois rubriques. Il a fallu dans un premier temps monter une structure opérationnelle. Pour agir plus vite, sans les contraintes d'une organisation trop administrative, nous avons opté pour une association loi 1901, qui a vu le jour en juin 1989. Les premiers crédits nous sont parvenus dans le courant de l'été. A la mi-juillet, j'ai passé une convention entre l'Etat et l'Agence et j'ai recruté au fur et à mesure le personnel. Le gouvernement nous a confié, à cette époque, en plus de nos missions originelles, la responsabilité du Fonds de solidarité avec les hémophiles. Aujourd'hui, l'Agence compte dix-huit professionnels, venus de différents horizons et, d'une façon générale, très motivés par le sujet.

Autant que vous le souhaitiez?

J'étais parti avec l'idée d'une vingtaine de collaborateurs. Après diverses tractations, le ministre des Finances m'en a accordé un peu moins. Dans l'immédiat, cette équipe est suffisante; dans quelques mois, une ou plusieurs personnes supplémentaires seront peut-être les bienvenues. En ce qui concerne cette structure, je crois que le bilan est tout-à-fait positif.

En matière de prévention et d'éducation pour la santé, l'agence a surtout réalisé des campagnes?

C'est le deuxième domaine : les campagnes télévisées de sensibilisation, en direction du grand public et de

groupes plus restreints. Nous avons lancé un grand appel d'offres sur la communication relative au sida. Sur la centaine d'agences de publicité ciblées, une seule a été retenue : Ulysse, appelée aujourd'hui Ecom. Indépendamment de la campagne sur les préservatifs déjà lancée à mon arrivée, quatre autres ont été réalisées en juin, juillet, novembre et décembre 1989, ainsi que la campagne en direction de la communauté homosexuelle.

Au total, l'ensemble de ces campagnes a représenté un budget de 45 millions de francs en 1989 (1). Le sida est aujourd'hui devenu la première cause institutionnelle publique. D'une manière générale, la stratégie qui a consisté à distinguer la banalisation de l'usage des préservatifs, de l'information sur le sida, et à faire appel à la sensibilité des téléspectateurs, a été bien comprise. Des messages mémorisés, le public associatif réceptif, cette communication a aussi dissuadé toute réaction de la part des milieux plutôt traditionalistes. Les bilans d'impact sont les meilleurs de toutes les campagnes publiques.

Cependant, l'éducation pour la santé est une discipline jeune en France, le savoir-faire n'est pas encore important. Notre action doit être évaluée au regard des résultats obtenus précédemment dans la lutte contre le tabac ou l'alcool; il faut prolonger ces résultats par des actions de terrain.

Estimez-vous dans ce domaine avoir beaucoup progressé?

En 1989, les associations au sens large ont reçu des pouvoirs publics des crédits beaucoup plus importants que les années précédentes. Cela dit, les actions de terrain n'ont pas été aussi développées qu'on aurait pu le souhaiter.

C'est l'objet du plan à deux ans d'éducation pour la santé: afficher clairement nos orientations et promouvoir les initiatives de nos partenaires.

Ce plan d'éducation pour la santé a été longue-

ment remanié. N'y a-t-il pas un décalage entre les intentions initiales de l'Agence, qui étaient de concevoir un plan programmé, et la réalisation actuelle qui s'apparente plus à un document d'orientations?

Ce document définit effectivement les orientations pour 1990-1991 en matière de prévention et de lutte contre la maladie. A l'origine, j'avais prévu d'entreprendre une étude quantitative. Elle s'est vite avérée trop longue et non indispensable. Nous sommes arrivés à des résultats comparables en étudiant plus simplement, population cible par population cible, l'état de l'existant, les difficultés rencontrées et les objectifs recherchés par l'Agence.

Vous venez pour cela de lancer un appel d'offres. Ce qui signifie qu'il faudra attendre encore plusieurs mois avant que les actions proposées à l'occasion de cet appel d'offres soient effectivement menées.

Il faut être pragmatique: la sélection des offres se fera en deux temps. Mais, à partir du moment où les acteurs se mobilisent pour préparer un projet, le processus est enclenché; il est important que cette étape se situe en début d'année, surtout dans l'univers scolaire, où elle s'achève en mai ou juin.

Nous avons été surpris par le nombre de réponses reçues à l'occasion de l'enquête préparatoire lancée en août et septembre 1989 auprès de nos partenaires. 450 questionnaires ont été renvoyés; cela représente énormément de personnes, avec des travaux de qualité très différentes. Le terrain n'est pas vierge. De nombreuses actions ont été entreprises ces trois dernières années par les éducateurs, les médecins et beaucoup d'autres acteurs.

L'idée de l'appel d'offres est d'encadrer ces projets et de leur offrir éventuellement un label décerné par l'Agence?

Distinguons deux situations. Il existe d'une part des grands intervenants, comme les collectivités publiques et locales, les Caisses d'Assurance-Maladie, qui disposent de financements. De deux choses l'une, ou ces acteurs montent des actions eux-mêmes ou ils sont sollicités pour participer financièrement au montage de certains projets. Dans ce dernier cas, ils nous consultent comme experts: l'Agence étudie la validité des actions envisagées et leur décerne ou pas son label.

D'autre part, certaines personnes nous demandent de passer des conventions avec elles; elles sollicitent notre participation financière. Après une discussion bilatérale, le projet est bâti. Cette démarche est, dans notre esprit, distincte de celle du label.

L'Agence dispose-t-elle des crédits nécessaires pour cet appel d'offres?

En 1989, les premiers crédits sont arrivés tardivement. Ce n'est qu'à la mi-octobre, compte-tenu de la diversité de nos sources de financement, que nous avons véritablement su de combien nous allions disposer en définitive. Les crédits restants sont parvenus à la fin du mois de novembre. En 1990, la situation est différente: les obstacles inhérents au lancement de l'Agence n'existent plus: le ministre devrait signer dans quelques jours la convention entre l'Etat et l'Agence. La moitié des crédits sera alors mise à notre disposition.

Etes-vous satisfait de ce plan?

On jugera de son efficacité au nombre et à la qualité d'innovation des projets, ainsi qu'à la manière dont l'Agence sera en mesure de les examiner et de les accompagner. L'étape initiale de réflexion a été essentielle et indispensable. Comme je l'ai déjà dit, ce qui manque souvent aux actions publiques, c'est la réflexion stratégique et la continuité dans l'action. La démarche volontariste, avec son aspect pédagogique a été innovante, les orientations sont tracées et, si le cours de l'épidémie ne change pas de façon soudaine, elles ne seront pas modifiées. D'une manière générale, je suis frappé du sérieux et de l'attention des personnes sur le sida. Il existe en France une profonde mobilisation des esprits. Ce qui me rend optimiste en ce qui concerne les réactions à venir des associations, des groupes et des administrations de l'Etat vis-à-vis des actions d'éducation et de prévention.

La troisième des missions dont était chargée l'Agence concerne l'information régulière du public et l'attention portée à sa qualité.

Nous avons assisté collectivement à un grand changement d'état d'esprit entre le début et la fin de l'année 1989. D'une certaine façon, c'est la déclaration de M. Escande qui a été la dernière manifestation d'une information excessivement agitée sur le sujet. Les personnes se sont ensuite exprimées de façon plus nuancée, comme si la fièvre médiatique sur le sujet était retombée. L'année 1989 semble avoir marqué le passage vers une relation au long cours entre la population et la maladie.

Est-ce que le fait qu'il y ait moins d'agitation dans les médias sur ce sujet signifie pour vous que l'information est de meilleure qualité?

Non, pas uniquement, cela tient plus à la manière dont les personnes l'ont comprise. Mon sentiment est que le

sida est maintenant relativement connu et compris de la population française. Si on demandait aux Français «*savez-vous comme se transmettent le sida, la tuberculose et la grippe ?*», les meilleures réponses porteraient sur le sida. L'information a énormément progressé dans son contenu et il n'existe plus guère de propos vraiment déraisonnables sur le sida.

Pensez-vous que l'Agence ait joué un rôle à ce niveau?

Non, il s'agit plutôt d'un mouvement général. Je suis d'ailleurs frappé par l'absence de débat politique sur le sida aujourd'hui, en France. A l'exception de l'extrême-droite, qui prend n'importe quel prétexte, sur n'importe quel sujet, pour dire à peu près n'importe quoi. S'il existait des tensions dans la manière dont les gens comprennent le sujet ou des différences importantes entre les sensibilités des Français, on en retrouverait l'expression dans le discours politique. Or, dans l'immédiat, celui-ci ne paraît cristalliser aucune inquiétude majeure sur ce plan.

Je citerais l'exemple suivant : en septembre dernier, nous avions l'intention de faire une quête à l'occasion de la Journée mondiale contre le sida, le 1er décembre. Les résultats du sondage organisé sur le thème «*quête pour le sida*» ont été favorables à l'initiative, contrairement à ce que certains avaient laissé entendre.

Pourquoi cet appel de fonds n'a-t-il pas eu lieu?

Les chaînes publiques de télévision, avec lesquelles nous voulions travailler, étaient en plein remaniement. Et notre initiative coïncidait avec celle du Téléthon, ce qui n'était pas très réaliste, compte tenu des intérêts en jeu. D'autant que nous souhaitions construire un événement de grande ampleur. Je crois que cette idée doit être reprise, mais à un autre moment de l'année.

La campagne de l'Agence lancée en juin dernier avait été doublée par une permanence téléphonique. Pourquoi cette initiative n'a-t-elle pas été poursuivie ?

Le nombre des appels enregistrés n'était pas très élevé, il nous a dissuadés de recommencer. Ce problème est complexe. Il faut démultiplier le travail d'écoute accompli par les associations, car il existe aujourd'hui un besoin latent insatisfait. Le système que nous avons mis en place a pâti du fait que les appelants ne savaient pas très bien à qui ils avaient affaire. Le numéro de téléphone communiqué était celui de l'Agence. Celle-ci n'était guère connue, les appels n'ont peut-être pas été incités.

Estimez-vous nécessaire d'engager des actions de communication sur l'Agence elle-même?

Un projet en ce sens est à l'étude à l'heure actuelle. Il s'agit de donner une identification à l'ensemble des campagnes qui sont faites sur les préservatifs et sur la maladie. Il n'est pas simple de fabriquer une identité autonome à un émetteur public, par rapport au ministre qui a la responsabilité de cette politique. La réflexion porte sur des hypothèses du genre de celles mises en place autour de «*Bison Futé*». Celui-ci a réussi à devenir un émetteur autonome de recommandations en matière de sécurité routière, bien connu des Français. Faire connaître l'Agence dans le grand public n'était pas un des objectifs l'année passée. La question qui se pose est la suivante: accroîtrait-on l'efficacité des messages et de la publicité en ayant une identification de l'émetteur?

Autre interrogation: le public n'identifie-t-il pas tout simplement ces messages à de la publicité gouvernementale? Celle-ci bénéficie d'une assez forte légitimité, c'est un avantage. Mais il faut également tenir compte du brouillage qui peut en résulter. Il serait préférable - c'est actuellement une piste de réflexion - d'identifier l'ensemble des messages consacrés au sida et de réaliser une affiche commune qui puisse être utilisée par tous les intervenants dans ce domaine. La réflexion porte également sur des identifiants visuels, du type de ceux utilisés en Suisse: le préservatif conçu comme un «*clair de lune*» et le slogan «*Stop Sida*».

Vous exprimez votre satisfaction relative au fonctionnement de l'Agence et au climat dans lequel vous avez travaillé. En acceptant cette responsabilité, vous aviez exprimé votre souhait de rester «au moins trois ans» à la tête de cette structure. Quelles sont les raisons qui ont motivé votre départ?

Depuis une quinzaine d'années, j'ai exercé des responsabilités dans la gestion de l'assurance-maladie. C'est un secteur passionnant dans lequel je me suis beaucoup investi. Lorsque l'UAP m'a proposé de prendre à nouveau des responsabilités dans ce secteur, j'ai accepté, après beaucoup d'hésitations, parce que j'ai eu le sentiment de pouvoir apporter plus dans un domaine qui est au cœur de mon savoir-faire professionnel. J'étais également persuadé que l'équipe en place avait toutes les qualités requises pour accomplir la mission que le gouvernement a confiée à l'Agence.

Propos recueillis par M.A. et F.F
Interview enregistrée au magnétophone lundi 22 février 1990.

(1) NDLR. La diffusion des messages, en particulier l'achat d'espaces sur les chaînes télévisées a représenté l'essentiel de ce budget.

Point de vue

Dominique et Dominique

Le départ de Dominique Coudreau ne peut que laisser perplexe. Les raisons exprimées par l'ancien directeur de l'AFLS pour expliquer une telle décision, un an seulement après avoir accepté ce poste «au long cours», sont nécessaires (c'est le moins qu'on pouvait espérer), mais ne sont pas suffisantes.

Elles ne sont pas suffisantes pour les organismes publics ou privés directement impliqués dans la lutte contre le sida. Ceux-ci attendaient en effet, lorsque fut créée l'Agence, un responsable qui disposerait non seulement de moyens financiers adaptés, mais qui aurait aussi le temps devant lui, après que les pouvoirs publics eurent, des années durant, successivement ou simultanément, fait preuve de lâcheté politique, d'inconscience, enfin d'hésitation. Dès les premiers contacts avec Dominique Coudreau, ils avaient acquis l'impression réconfortante d'avoir affaire à un homme ouvert, habile, bien au fait de la complexité des problèmes de santé et de la situation pathétique de la santé publique en France. En outre, celui-ci tirait les conséquences de ses analyses; il paraissait disposé à travailler selon des modalités qui encourageraient les initiatives, les questions, les remises en cause, plutôt que de caresser dans le sens du poil une administration sclérosée, et sclérosante pour ses responsables.

Très vite, il est cependant apparu aux observateurs, même les plus distraits, que si les conflits droite-gauche semblaient s'être atténués dans la perspective d'un deuxième septennat, ce n'était que temporaire. Surtout, il est apparu que l'Agence n'avait qu'une indépendance relative par rapport à son ministère de tutelle, ministère qui a donc continué de fonctionner comme il sait naturellement le faire, faisant alterner les lenteurs et pesanteurs administratives avec les raptus anxieux d'un cabinet, voire d'un ministre, aussi prompts à réagir aux excitations politiques qu'aux urgences et aux besoins réels. Pour tout arranger, l'AFLS n'a pas toujours pu éviter les pièges nés des conflits entre les factions de gauche. Quant aux problèmes de frontières entre les différentes administrations et organismes publics concernés par le sida (la DGS, la MILT, l'ANRS, le CFES, etc.), ils ont été incessants jusqu'à, nous dit-on, une dernière réunion de conciliation qui aurait permis aux retardataires de récupérer les billes qu'ils avaient laissé filer, et à l'AFLS de savoir dans quels créneaux elle va pouvoir désormais ou s'investir ou s'essouffler.

C'est, semble-t-il, dans cet esprit de sérénité que Dominique Coudreau s'est vu proposer un poste enviable à l'UAP. L'éventualité non négligeable d'un remaniement ministériel dans les quelques mois à venir a pu laisser penser à cet ancien membre du cabinet de Raymond Barre qu'un nou-

veau gouvernement serait peut-être moins tenté que l'équipe actuelle de poursuivre une politique d'ouverture, et que sa présence à la tête de l'Agence ne serait donc pas éternelle. La généalogie des responsables du CFES plaide d'ailleurs pour une telle réflexion. Ajoutons que le réflexe de prudence de M. Coudreau s'inscrit dans le mouvement général qui détourne les plus compétents des énarques, de la fonction publique vers la gloire du privé.

Dans un tel contexte, les organisations non gouvernementales ont tout lieu de rester inquiètes sur la volonté du gouvernement. Et ce d'autant plus que, contre toute évidence, les déclarations d'autosatisfaction sans nuance, autosatisfaction publiquement manifestée dans tous les domaines de la santé et en particulier dans ceux liés au problème du sida, font douter de ses capacités d'analyse, sinon de sa «bonne volonté». Le «milieu du sida» apparaît ainsi verrouillé indépendamment de la réalité des résultats obtenus, et sans que quiconque ait guère les moyens de s'y opposer de crainte d'y perdre des acquis déjà par trop fragiles. Les postes de «Monsieur ou Madame Sida» se multiplient à tous les échelons, sur des critères typiques des cabinets ministériels: opportunisme de l'instant, prime à la visibilité, représentativité sectorielle, etc. Cela a le double effet de renforcer l'existant et de pénaliser l'innovant. Pour tout arranger, la majorité des observateurs extérieurs paraissent prendre plaisir à se laisser *bluffer* par ces mécanismes que ne légitime pourtant pas même le principe de Peter (1).

C'est dans ce contexte que Dominique Charvet succède à Dominique Coudreau. Or, même si la nomination de cet ancien Président du Syndicat de la magistrature a toutes les raisons d'apparaître politique, elle n'en est pas moins fondée sur des atouts incontestables qui en font un fonctionnaire à part: son ouverture d'esprit, sa discrétion, sa capacité d'analyse, sont connues de ceux qui sont venus à la lutte contre le sida après d'autres combats de civilisation, d'autres enjeux culturels. La cohésion de l'équipe rassemblée par M. Coudreau, assurée par son adjointe Françoise Varet, est en outre un gage de continuité au moment où le lancement d'un appel d'offre public vient concrétiser les intentions du Plan à deux ans.

Reste que les principes de réussite - et non d'action, car tout le monde agit, bien ou mal - restent plus que jamais dépendants du bon vouloir politique. Dans ces conditions, Dominique II pourra-t-il faire sinon mieux, du moins aussi bien que Dominique Ier, face à Claude, Laurent, Michel et les autres? F.E.

(1) NDLR. Le principe qui, selon Peter, conduit à promouvoir les individus jusqu'au point de leur plus grande incompétence.

Un entretien avec M. Dominique Charvet

«Accentuer la participation collective»

Nommé, sur proposition du ministre de la Santé, à la tête de l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS) le lundi 22 janvier dernier, M. Dominique Charvet explique ici le sens qu'il entend donner à la nouvelle mission qui vient de lui être confiée.

Quelles sont les motivations qui vous ont conduit à accepter ce poste?

Je pense que cela fait partie des postes que l'on ne refuse pas. Participer à l'action contre une grande maladie, une grande inquiétude, un problème qui se pose à l'ensemble de nos concitoyens, cela ne se refuse pas. En revanche, c'est un poste qui amène à se demander si on peut l'accepter, c'est à dire si on va pouvoir apporter quelque chose. On me l'a proposé et j'ai pensé que mes précédentes missions dans un certain nombre de secteurs, qui touchent à des inquiétudes de société, pouvaient être utiles.

Effectivement, vous avez abordé un certain nombre de problèmes de société.

J'ai participé à l'action du ministère des Affaires sociales sur la question de l'immigration, notamment à la grande opération de régularisation des sans-papiers. Plus largement, j'ai été en contact avec les milieux immigrés pour réfléchir à la manière dont on parvient à l'insertion de cette population, à son acceptation dans la société. J'ai également réalisé une enquête sur les questions de pauvreté.

C'est une autre approche de l'exclusion sociale et du fonctionnement des institutions. Et puis, très brièvement, j'ai été Président de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie (MILT).

Vous êtes également magistrat.

La magistrature amène à réfléchir à la fois à la norme sociale et aux hommes auxquels elle s'applique. La norme sociale est très incarnée, au contraire de la norme administrative, générale et abstraite. La démarche judiciaire, c'est être en face de quelqu'un et lui dire: «voilà, ce texte s'applique à vous». C'est la loi vivante, avec tout ce que cela implique de difficultés quand on touche à la sensibilité des individus.

Vous avez fait deux séjours à la culture.

J'ai été adjoint du directeur des Musées de France et j'ai travaillé, avant de venir à l'AFLS, au cabinet du ministre de la Culture. La démarche culturelle est un apport parce qu'elle conduit à privilégier ce qui est

sensible et créatif, dimension souvent méconnue par la vie purement administrative.

Comment situez-vous votre mission?

Quand j'ai rencontré le ministre (M. Evin, NDLR), il m'a expliqué l'importance qu'il accordait à ce dossier. La mission de l'Agence et la mienne est que nous incarnions, quotidiennement et concrètement, la vigilance de l'Etat, au meilleur sens du terme: l'Etat comme gardien, garant et promoteur des valeurs collectives. Les valeurs collectives, c'est de s'occuper de ceux qui sont dans la souffrance et dans l'inquiétude. C'est ça que j'ai à incarner.

Quelle dimension donnez-vous à la démarche institutionnelle?

Le sida est une maladie, mais c'est aussi un problème de société. Quand on parle d'un problème de société, la société entière doit dire: «c'est mon problème». L'Etat, comme pour d'autres sujets d'ailleurs, joue souvent ici un rôle d'éveilleur, de tuteur. Il dit: «ça existe, il faut s'en occuper». Soit nos concitoyens disent «c'est bien» mais restent spectateurs, soit on arrive à faire en sorte que se crée une synergie entre l'Etat et la société, ses capacités d'imagination, sa solidarité.

La solidarité, ça ne se décrète pas par une circulaire de l'Etat. La solidarité, c'est un sourire, un regard, une présence, l'imagination familiale, amicale, amoureuse. C'est ça la solidarité. Elle est à créer, l'Agence doit la susciter en montrant le chemin.

Dans le même esprit que ce qui a été entrepris en 1989?

L'Agence existe depuis peu, elle a fait un certain nombre de choses visibles qui ont attiré l'attention. Il faut continuer, poursuivre cette action, continuer à tirer l'intérêt et faire en sorte qu'il devienne actif. Nous avons à transformer l'intérêt en participation.

L'appel d'offres qui vient d'être lancé est un moyen de dire: «nous vous proposons d'entrer dans l'action». La mission de l'Agence maintenant, c'est d'accentuer la participation collective, la participation de la société.

Avec cet appel d'offres, l'Agence ne risque-t-elle pas de devenir uniquement la banque qui fournirait l'argent nécessaire à l'action ?

On ne fait rien sans argent et le fait que l'Etat mette à la disposition de l'Agence plusieurs dizaines de millions de francs permet de rendre l'action crédible. Le risque de devenir un guichet existe si on se rend passif soi-même, si on se cantonne dans un espèce d'automatisme. La nécessité de créer nous préserve de la répétitivité. Trop de choses sont encore à inventer dans l'action de lutte contre le sida. L'Agence a des valeurs au nom desquelles elle agit: la solidarité, l'absence d'exclusion, la responsabilisation. Ces valeurs peuvent apparaître abstraites mais lorsqu'elles s'incarnent dans l'action, on voit naître d'autres rigueurs, d'autres recherches de valeurs. Ce sont des facteurs d'évolution. Je prendrai comme exemple la loi actuellement préparée pour protéger les malades des discriminations dans le monde du travail. C'est une avancée que le sida a permis. Des pas sont franchis par l'incarnation des valeurs dans le concret.

Le plan à deux ans vous satisfait-il ?

Il est intéressant à deux points de vue. D'une part, parce qu'il affiche des objectifs, il rend visible une politique. Notre action ne doit pas être uniquement basée sur les spécialistes. Elle ne peut réussir que s'il y a une tolérance sociale. Cet accord est d'autant plus facile à obtenir que la politique entreprise est portée à la connaissance de la société. Le plan est ainsi un apport en termes d'affichage, de compréhension.

D'autre part, c'est un plan à deux ans. La planification est une habitude des Français, une belle cicatrice, qui n'est pas négative, même si aujourd'hui la mode en est un peu abandonnée. La planification oblige à prendre un problème dans son ensemble, à en voir toutes les implications. C'est une vision globale sur deux ans. Il est important de dire à tout le monde que l'on s'inscrit dans la durée. Le plan à deux ans est un engagement, l'assurance de notre présence et la garantie d'actions, qui peuvent être plus matures parce qu'entreprises sur des durées plus longues.

Vous sentez-vous véritablement engagé ?

Traiter brièvement un dossier comme celui là révélerait du gaspillage. J'ai eu un grand regret, celui de ne rester en charge de la toxicomanie que quatre mois et demi. Ce n'est pas moi qui ai choisi la direction de la porte de sortie, c'était une période un peu contrastée de la vie politique. Mais c'est un dossier que j'ai en quelque sorte gardé en moi. Il y a des sujets comme ça, comme la pauvreté et l'immigration, qui ne vous quit-

tent pas. C'est là où le plan à deux ans est une bonne idée, parce que cela correspond à une dimension de cette réflexion. Je me sens engagé.

Comment allez-vous procéder dans l'immédiat ?

Je vais rencontrer les gens, mais voir aussi les soins que l'on peut apporter. Nous devons avoir une vraie conscience de ce qu'est la maladie. C'est mon rôle. Du moins, c'est ainsi que je le conçois.

Cette conscience, vous avez l'impression de l'avoir déjà ?

Je rentre dans un monde qui est celui de la maladie et de la mort sur lequel, à travers nos expériences personnelles, nous avons tous des sentiments, des préoccupations, des interrogations pour nous-même. Là, je suis égal aux autres hommes. Mais il faut prendre le temps de s'enrichir, de mûrir soi-même avant de prononcer des propos définitifs ou formuler des attitudes qui pourraient être demain des empêchements à communiquer, à comprendre tel ou tel sujet ou tel ou tel groupe.

Le temps est une dimension qui revient souvent dans la lutte contre le sida. C'est une lutte contre le temps: il faut aller vite, agir vite, trouver vite.

«*Nous sommes pressés, allons lentement*» disait une vieille dame. Pour aller vite, il faut faire les choses en profondeur et donc, prendre le temps. Il y a ce jeu avec le temps et il est indispensable de bien le maîtriser pour en tirer toutes les minutes, toutes les secondes, en les rendant toutes utiles, sans être pressé. Il faut comprendre cette contradiction... apparente.

Propos recueillis par F.F.

Interview enregistrée au magnétophone le 24 janvier 1990.

[Né en 1942, M. Dominique Charvet est docteur en droit. De 1967 à 1972, il est nommé Juge d'instruction au Tribunal de Grande Instance de Lille, avant d'être chargé du Plan et des programmes au ministère de la Justice de 1972 à 1977. Conseiller dans le cadre de la coopération pour les affaires judiciaires et juridiques du Président de la République de Djibouti (1978-1980), M. Charvet est ensuite conseiller technique auprès du secrétariat d'Etat à l'Immigration de 1981 à 1982. Chargé de mission sur la pauvreté auprès des cabinets de Mme Nicole Questiaux et de M. Pierre Bérégovoy de 1982 à 1983, il devient adjoint au directeur des Musées de France (1983-1985), avant d'être successivement chargé de mission auprès du ministre des Affaires sociales, Mme Georgina Dufoix, pour l'ensemble des questions d'immigration puis président de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie (MILT), entre 1985 et 1986. Après un retour à la magistrature, en tant que vice-président du Tribunal de Grande Instance de Paris, de 1987 à 1988, M. Charvet était depuis cette date conseiller technique au cabinet du ministre de la Culture et commissaire du Gouvernement auprès du Centre Pompidou.]

AGENCE FRANÇAISE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

(A.F.L.S.)

APPEL D'OFFRES 1990

L'Agence Française de Lutte contre le Sida lance un appel d'offres pour soutenir les actions suivantes :

- **Information et sensibilisation**
- **Éducation pour la santé**
- **Prévention**

Cet appel est ouvert à tout organisme, institution ou association, impliqué dans la prévention ou dans la lutte contre le SIDA.

IMPORTANT

- Un document général d'orientation est disponible
- La définition des axes prioritaires de l'appel d'offres et les dossiers de candidatures peuvent être obtenus sur **demande écrite** auprès de :

AGENCE FRANÇAISE DE LUTTE CONTRE LE SIDA

2, rue Auguste Comte
Immeuble "Le Berry" - 6ème étage
92170 VANVES

Renseignements pratiques : (1) 47 65 74 25 - 47 65 74 26 - 47 65 74 47

Les dates limites de retour des dossiers sont fixées aux :

Lundi 5 mars 1990
pour un examen des dossiers
avant le 30 mars.

Lundi 2 avril 1990
pour un examen des dossiers
avant le 27 avril.

L'Agence Française de Lutte contre le Sida

Structures et missions

Présentation synthétique de l'AFLS un an après sa création.

Historique

A la suite du rapport remis en août 1988 par le Pr Claude Got au ministre de la Santé, M. Claude Evin, le gouvernement annonce en novembre 1988 la création de trois structures : l'Agence Nationale de Recherches sur le Sida (ANRS), le Conseil National du Sida (CNS) et l'Agence de Lutte contre le Sida (ALS), devenue l'Agence Française de Lutte contre le Sida (AFLS).

L'AFLS est officiellement créée le 8 février 1989 et M. Dominique Coudreau est nommé par le gouvernement à sa direction. Une structure opérationnelle, sous la forme d'une association loi de 1901 est installée en juin 1989.

Le mois suivant, une convention passée entre l'Etat et l'Agence permet le recrutement du personnel et cette dernière se voit attribuer la responsabilité du Fonds de solidarité hémophiles. L'affectation des crédits, pour l'année 1989, sera échelonnée sur le second semestre.

En janvier 1990, M. Dominique Coudreau cède sa place à M. Dominique Charvet, à la direction de l'AFLS.

AFLS: 2 rue Auguste Comte, Immeuble «Le Berry», 92170 Vanves; Tél: 47 65 74 10.

Budget 1989

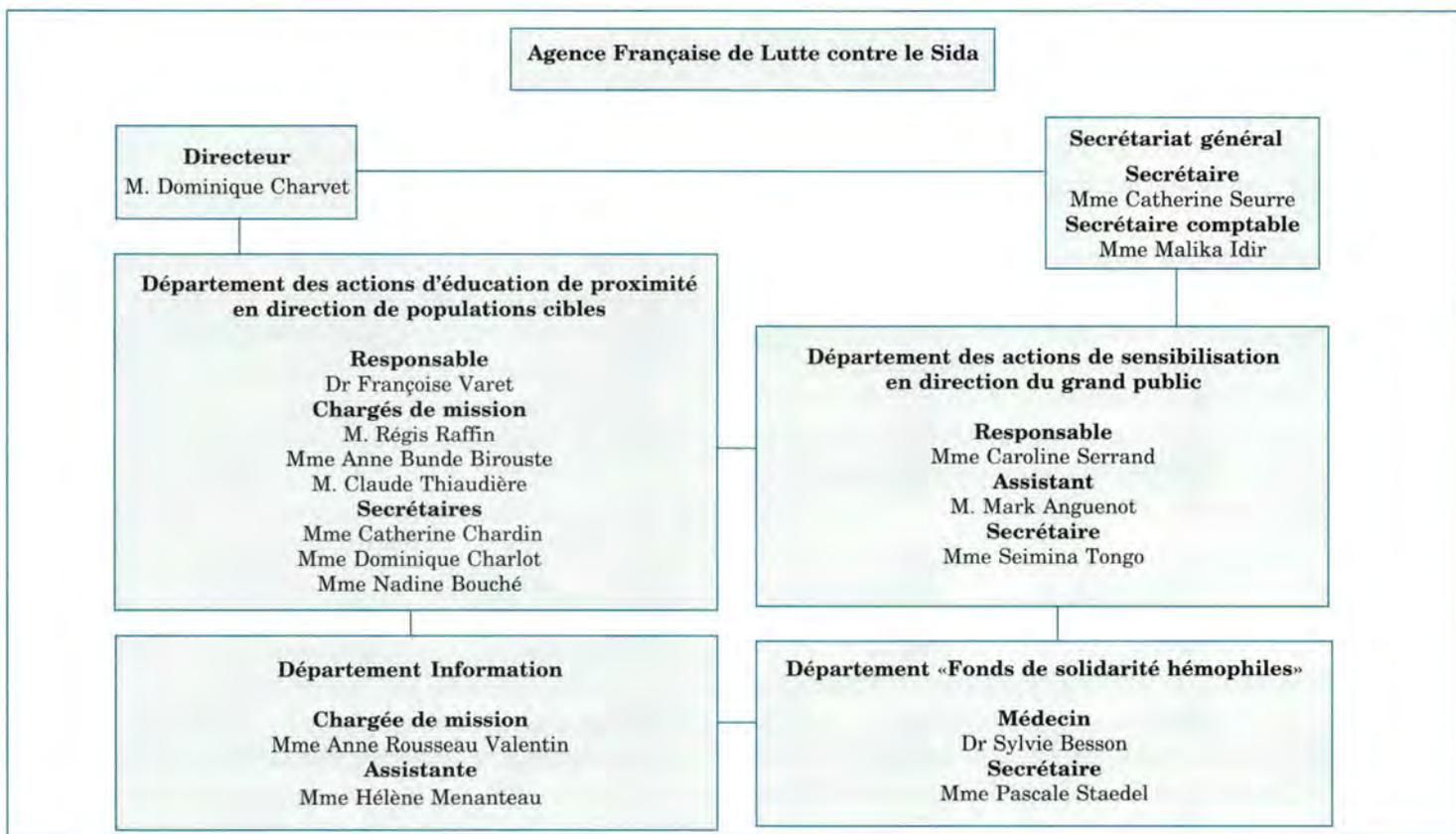
Recettes		Dépenses	
Etat	81,00	Campagnes d'information	42,80
		Actions d'éducation	10,45
		International	6,20
CNAMTS	10,00	Fonctionnement de l'agence	5,55
(Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)		Fonds des hémophiles	26,00
Total	91,00 MF	Total	91,00 MF

Missions

L'AFLS a principalement trois missions:

- assurer une information régulière de l'opinion publique sur l'évolution du sida et veiller à la qualité des informations diffusées;
- organiser des campagnes de sensibilisation en direction de l'ensemble de la population, tout en les adaptant aux différents groupes concernés;
- coordonner les actions de proximité de prévention et d'éducation pour la santé conduites par les différents partenaires publics et privés.

Organigramme



VIème Conférence Internationale sur le sida de San Francisco

Assouplissement ponctuel de la législation américaine sur l'immigration

Le département d'Etat américain vient de modifier légèrement l'application de la législation des Etats-Unis sur l'immigration qui interdit l'entrée sur son territoire à toute personne affectée d'une des maladies considérées comme «*dangereuses et contagieuses*». Cette modification concerne la procédure d'obtention de dérogations à la législation. Les demandes de dérogation s'accompagnaient notamment d'une notification spécifique sur le passeport. Les autorités américaines viennent de supprimer cette notification et de classer «*documents confidentiels*» les dossiers de demande de dérogation. Cet «*assouplissement*» ne concerne toutefois que les personnes désirant se rendre à la Conférence de San Francisco et à la Conférence mondiale sur l'hémophilie à Washington en août prochain.

L'entrée de toute personne étrangère aux Etats-Unis est régie par l'Acte d'Immigration et de Nationalité (Immigration and Nationality Act, INA) voté en 1952 par les parlementaires américains. La section 212 de cette loi répertorie la liste des personnes qui ne peuvent prétendre obtenir un visa et être admises sur le territoire américain. Parmi ces 31 catégories, les «*étrangers qui sont affectés de tuberculose sous toutes ses formes, ou de lèpre, ou de toute maladie dangereuse et contagieuse*» (paragraphe 212-a-6).

En 1987, l'infection à HIV a été ajoutée à la liste des maladies «*dangereuses et contagieuses*», qui comporte actuellement les affections suivantes: «*chancre mou, gonococcies, donovanose, infection à HIV, lèpre infectieuse, maladie de Nicolas Favre, syphilis au stade infectieux et tuberculose active*».

Toute personne désirant obtenir un visa pour se rendre aux Etats-Unis doit remplir un questionnaire à l'ambassade américaine de son pays et est censée déclarer si elle est atteinte de maladies contagieuses ou sexuellement transmissibles (première question de la section 35). Si l'affection déclarée fait partie du classement des «*maladies dangereuses et contagieuses*», la demande de visa est théoriquement rejetée.

Dérogation stigmatisante

Toutefois, une dérogation à l'application de l'Acte d'Immigration peut être obtenue à titre individuel, comme le confirment les informations recueillies par la Ligue des Sociétés Nationales de la Croix Rouge et du Croissant Rouge auprès d'un responsable du Département

d'Etat américain en novembre 1989. Ce dernier précise qu'en cas d'infection à HIV, la dérogation doit être sollicitée également par les ressortissants d'Etats normalement dispensés de visa pour l'entrée des Etats-unis.

Cette demande de dérogation ne ressort pas de la compétence de l'ambassadeur mais des attributions d'un attorney général, dont l'office représente les services d'immigration américains pour plusieurs pays (à Francfort pour l'Europe). La requête est envoyée par câble et comporte le nom du demandeur, ainsi que des informations sur son statut sérologique. L'ambassade d'où provient la demande garde un exemplaire du dossier et peut le communiquer à toute autre ambassade américaine. La personne doit normalement recevoir une réponse à sa demande dans un délai d'une semaine à dix jours.

En théorie, peuvent bénéficier de cette dérogation les personnes atteintes du HIV qui se rendent aux Etats-Unis pour des raisons familiales, professionnelles (échanges commerciaux, conférences, etc.) ou médicales. Leur séjour est limité à un mois, alors que la durée normale de validité d'un visa est de trois mois.

Sur les visas obtenus par dérogation est apposé un tampon spécifique, portant dans sa partie supérieure le chiffre 6. Ce chiffre indique aux officiers du service d'immigration et de naturalisation, la nature de la dérogation obtenue. En l'occurrence, ce numéro signifie que le titulaire du passeport est atteint d'une des affections répertoriées par la loi sur l'immigration. Le Département américain reconnaît qu'en pratique ce chiffre ne désigne que les personnes atteintes du HIV. En effet, dans les autres cas de maladies classées

«*dangereuses et contagieuses*», les services d'immigration américains invitent les demandeurs à se représenter une fois l'affection traitée ou bien les jugent trop malades pour voyager.

Les personnes atteintes du HIV qui n'auraient pas respecté ces formalités et qui auraient omis de déclarer leur statut sérologique courent le risque de se voir interner puis refouler à leur arrivée sur le territoire américain, notamment si elles sont trouvées en possession de traitements tels que le Rétrovir® (Zidovudine ou AZT) ou, simplement, si elles sont soupçonnées par les officiers du service d'immigration d'être atteintes du HIV «*en raison de leur comportement ou de leur apparence.*»

Devant la pression internationale développée ces dernières semaines, principalement par les organisations non gouvernementales, les associations de lutte contre le sida et les mouvements de séropositifs, le département d'Etat américain a légèrement modifié la procédure d'obtention de ces dérogations.

En accord avec le département de Santé publique et les services d'Immigration et de Naturalisation, le département d'Etat a annoncé officiellement, le 19 janvier

dernier, la mise en place de mesures ponctuelles pour l'accès aux Etats-Unis des personnes atteintes du HIV qui désirent se rendre à la Conférence internationale de San Francisco ou à la Conférence mondiale sur l'hémophilie prévue en août 1990 à Washington (DC). Pour ces personnes uniquement, l'attorney général délègue au consul le pouvoir d'accorder une dérogation. A la requête expresse du titulaire du passeport, le visa, estampillé du numéro 6, peut être placé sur un formulaire spécifique, et ainsi ne pas figurer sur le passeport. Les demandes de dérogation et toute information sur le statut sérologique des personnes sont classées «*documents confidentiels*».

Ces nouvelles dispositions ont été transmises à tous les services consulaires américains. Elles ne s'appliquent qu'aux personnes qui se rendent aux Etats-Unis pour les deux conférences mentionnées. Dans le document diffusé par les consulats à l'usage de la presse, le département d'Etat précise qu'il «*n'espère pas que ces modifications satisfassent ceux qui protestent contre l'application de la loi américaine sur l'immigration aux personnes atteintes du HIV*» mais que c'est le maximum qu'il puisse faire en restant «*dans les limites de la loi telle qu'elle est actuellement*». E.L.

Boycott de la Conférence

Les positions se durcissent

En France, comme dans de nombreux pays européens, la pression des instances officielles, des organisations non gouvernementales et des associations s'intensifie et de nombreux acteurs de la lutte contre le sida optent pour une non participation à la Conférence.

Le ministre de la Santé, M. Claude Evin, a adressé le 13 janvier dernier une lettre au Directeur général de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le Dr Hiroshi Nakajima, lettre dans laquelle il fait part de sa décision de ne pas se rendre à la VIème Conférence Internationale sur le Sida de San Francisco, si la situation créée par la législation américaine demeure inchangée. Selon le service de presse du ministère de la Santé, M. Evin souligne dans cette lettre (dont l'intégralité n'a pas été diffusée, en raison de son caractère «privé») que «*les ambiguïtés du gouvernement fédéral américain sur l'obtention des visas pour les personnes séropositives ne sont toujours pas levées.*» Le ministre rappelle que «*le gouvernement français a toujours milité pour la tolérance et pour le respect des libertés individuelles des séropositifs auprès des organismes internationaux, (ONU, Conseil de l'Europe, UNESCO, OMS...)*». M. Evin déclare

également qu'il est personnellement attaché à la défense de ces libertés ainsi qu'à la lutte contre l'exclusion. Il apporte son soutien aux démarches entreprises par l'OMS auprès du gouvernement américain et espère qu'elles aboutiront à «*une position acceptable pour tous*». Toutefois, «*en l'absence de ces garanties*», M. Evin affirme son intention de ne pas se rendre à la Conférence.

De son côté, l'OMS n'a pas encore arrêté de décision officielle et des négociations avec le gouvernement américain se poursuivent. L'instance internationale est la principale co-organisatrice de la Conférence. En décembre dernier, le directeur de son programme de lutte contre le sida, le Dr Jonathan Mann, a lancé un appel pour que les Etats membres de l'OMS harmonisent leur législation avec les directives de l'Organisation, faisant particulièrement allusion à

une résolution votée en 1988 sur la non discrimination à l'égard des personnes atteintes du HIV. La position de l'OMS est d'autant plus délicate que les Etats-Unis assurent, comme pour d'autres instances internationales, une part non négligeable du financement de son budget. Cependant, dans une interview à *Libération* du 11 janvier 1990, le Dr Jonathan Mann n'excluait aucune hypothèse: «(...) aucune décision n'est prise et aucune décision ne sera prise avant la fin du mois de février. Des discussions sont actuellement en cours. Très certainement, je vais me rendre à Washington pour des auditions auprès du Parlement. Mais il est exact que si rien n'est fait, nous pourrions nous retirer.»

Après avoir souligné le coût et l'inefficacité des mesures visant à interdire ou à restreindre les déplacements des personnes atteintes du HIV, le Dr Mann réagissait à l'éventualité de la tenue de deux conférences, l'une réservée aux scientifiques et l'autre aux personnes atteintes: «Ce serait une catastrophe. Une conférence sur le sida sans malades, c'est une tragédie, surtout si elle se passe à San Francisco, cette ville-symbole de l'épidémie. Mais je reste optimiste. J'espère un geste des autorités américaines.»

D'autre part, sur proposition du Pr Schwartzberg, député socialiste au Parlement européen, l'assemblée de Strasbourg a voté le 19 janvier une résolution sur la Conférence. Dans son intervention préalable au vote, Léon Schwartzberg a déclaré que les mesures qui régissent l'entrée des personnes atteintes du HIV attentent «à la vérité médicale - car le sida est une maladie transmissible mais non contagieuse - à la libre circulation des personnes, aux Droits de l'Etre Humain et au respect de la confidentialité et du secret

de la vie privée. (...) Après la rouelle pour les lépreux, l'étoile jaune pour les juifs, le triangle rose pour les homosexuels, le stigmate d'asocial pour les tziganes, accepterons-nous l'exclusion des malades» s'est-il interrogé en s'adressant à l'assemblée des parlementaires.

La résolution présentée par le Pr Schwartzberg a été adoptée dans son intégralité par les députés. Le Parlement européen «demande au gouvernement américain l'abrogation des mesures discriminatoires d'accès à son territoire, appelle tous les scientifiques de la Communauté Européenne à s'abstenir de participer à cette conférence, demande aux organisations gouvernementales et non gouvernementales de la Communauté d'agir de la même manière, propose aux organisateurs de la conférence de transférer celle-ci dans un pays où une telle discrimination n'aurait pas lieu» et «charge son président de transmettre la résolution au Conseil des ministres de la CEE, à la Commission de la Communauté européenne à Bruxelles et au gouvernement des Etats-Unis».

En France, la plupart des organisations non gouvernementales et des associations s'orientent vers une non participation à la Conférence, sous réserve de modification de la législation américaine ou de son application. De leur côté, les scientifiques et les médecins adoptent des positions très diverses (voir déclarations et encadré ci-dessous). Cependant, un certain nombre de scientifiques confient en privé qu'ils n'iront pas à San Francisco pour des raisons davantage liées à l'inutilité, selon eux, de la Conférence, considérant que les aspects sociaux de la maladie l'emportent désormais sur les aspects scientifiques. E.L.

Des «pour» aux «contre» la participation à la conférence

Le Dr Jacques Leibowitch, président du Cercle des Médecins (Hôpital Raymond Poincaré, Garches) ira à San Francisco. «D'où vient ce fantasme?, s'exclame-t-il. Je vais aux Etats-Unis cinq fois par an, mais jamais personne ne m'a demandé si j'étais séropositif. Je ne vois pas de quoi on parle!...» Qualifiant ce boycott de «faux problème» et de «folie de Schwartzberg», le Dr Leibowitch estime qu'il est de toute façon impossible de contrôler l'entrée des séropositifs aux Etats-Unis, à moins de faire une prise de sang aux millions de visiteurs quotidiens. Il se demande par ailleurs pourquoi la Conférence de Montréal n'a pas été «boycottée», le Canada disposant également, selon lui, de mesures discriminatoires vis-à-vis des immigrants séropositifs. Enfin, conclue-t-il: «San Francisco reste la «Mecque du sida». Ce serait un geste tout à fait inamical dans la bataille du sida que de ne pas y aller».

Pour le Pr Willy Rozenbaum (Hôpital Rothschild, Paris), le boycott n'est pas une action efficace. «Je suis bien sûr contre les positions américaines, explique-t-il, mais je pense qu'une telle action pénaliserait plus les organisateurs de la Conférence que le gouvernement américain. (...) C'est sur

place qu'il faut lutter, affirme-t-il. Et j'irai à San Francisco, ne serait-ce que pour manifester mon désaccord avec le gouvernement américain».

Le Pr Jean-Claude Chermann (INSERM U322, Marseille) considère comme inadmissibles les mesures discriminatoires et soutient en ce sens le boycott. Mais en tant que membre du Comité de programme de la Conférence, il est obligé d'y assister. «La solution serait alors peut-être de tous se déclarer séropositifs, propose-t-il. Je suis tout à fait prêt à me faire un certificat. Et si tous les participants suivent, nous verrons bien s'ils refoulent tout le monde». Le Pr Chermann souligne par ailleurs qu'il serait dommage qu'un tel congrès cesse d'exister, car il représente la seule possibilité pour les scientifiques de rencontrer toutes les parties en présence: associations, malades, juristes, entre autres.

Le Pr Jean-Paul Escande (Hôpital Tarnier, Paris) approuve l'idée de non participation à la Conférence de San Francisco. «Il n'y a qu'une chose qui compte, ce sont les malades, déclare-t-il. Et chaque jour, je constate l'imbécillité des mesures de discrimination». Il trouve par ailleurs d'une

«grande sottise la conception américaine de la contagiosité. Qu'on mette les varioleux en quarantaine, d'accord. Mais pas les séropositifs. C'est de l'égoïsme de bien portants». Pour lui, cette conférence très médiatique peut enfin être l'occasion de combattre une loi discriminatoire qui ne repose que sur la démagogie.

Le **Conseil National de l'Ordre des Médecins** rappelle que les mesures prises par les services d'immigration américains sont contraires à l'éthique médicale, car elles représentent une véritable violation du droit des malades et de l'intimité de la personne. «Si pour aller à cette Conférence, il faut avoir une marque infamante, explique le Dr Louis René, Président de l'Ordre des Médecins, c'est qu'en 1990, nous retrouvons l'étoile jaune...». Par ailleurs, le Dr Louis René souligne que le sida représente un véritable problème de santé publique, qui ne sera en aucun cas réglé par la discrimination et qu'il revient donc à la presse d'attirer l'attention du public sur un sujet aussi grave.

Le **Conseil National du Sida** demande à tous les acteurs de lutte contre le sida de ne pas se rendre à San Francisco. Pour que ces «mesures discriminatoires éthiquement condamnables» soient levées, le CNS demande aux ministères de la Solidarité et des Affaires étrangères d'intervenir. Mais, comme le souligne sa présidente, Mme **Françoise Héritier-Augé**, «ce boycott ne sera efficace que si la plupart des associations restent fermes sur leur décision et que tous les chercheurs suivent le mouvement.»

En attendant que soient levées les ambiguïtés liées à l'entrée des personnes atteintes par le HIV aux Etats-Unis, mais également à la gestion de la Conférence internationale sur le sida, **ARCAT-SIDA** a décidé de suspendre sa participation à la Conférence.

Pour **M. Daniel Defert**, président de la fédération **Aides**, il faut que le boycott corresponde d'abord à un moyen de pression. Aides n'ira donc pas à San Francisco si le Sénat américain ne donne pas les garanties nécessaires de non discrimination. L'association attend les résultats de la rencontre de Jonathan Mann avec le Sénat américain, mais a d'ores et déjà demandé au ministère des Affaires étrangères et au ministère de la Solidarité d'intervenir auprès des Etats-Unis. Toutefois, Daniel Defert souligne qu'il semble peu probable de parvenir à une décrispation de la situation en invoquant la distinction française «maladie transmissible / maladie contagieuse», les américains n'ayant pas selon lui recours à ce type de «subtilités».

Dans un communiqué adressé au Comité France Sida le 11 janvier, l'association **Didier Seux - Santé mentale et Sida** condamne les mesures discriminatoires liées à l'entrée aux Etats-Unis et fait savoir qu'elle n'ira pas à la Conférence de San Francisco. Mais, pour Mme **Christianne Charmasson**, psychiatre et présidente de l'association, il faut aller plus loin. «Notre position doit être très claire. Pas question de tergiverser. Mais pour que cette action soit pleinement efficace, il faut que toutes les associations se mobilisent contre ces mesures de discrimination inacceptables.»

L'**Association Médecins du Monde** s'associe à toutes les organisations non gouvernementales et institutions qui ont

décidé de «boycotter» la Conférence de San Francisco, si l'administration américaine n'annule pas la loi interdisant l'accès au territoire américain à toute personne atteinte du virus du sida, ce qu'elle considère comme une atteinte au Droits de l'homme.

L'**Aide Suisse contre le Sida et l'Office Fédéral de la Santé Publique** ont décidé de «boycotter» la Conférence et de n'y envoyer aucun représentant «aussi longtemps que les américains ne changeront pas de position». Cette décision est suivie par l'ensemble des associations suisses.

Ne se prononcent pas encore...

Le **Pr Montagnier** n'a pas pris de position personnelle tant que l'Institut Pasteur n'a pas donné sa position officielle sur le sujet.

Le **Pr Jean Paul Levy**, directeur de l'ANRS, attend la décision de l'OMS pour se prononcer.

La position du Comité France Sida

A l'issue d'une réunion le 16 janvier, organisée à l'initiative du Comité France Sida, un certain nombre d'associations de lutte contre le sida ont publié un communiqué rappelant «leur attachement à la non-discrimination des personnes atteintes du HIV». Ces associations «exigent que ce principe fondamental soit appliqué par tous les Etats en matière de circulation des personnes, notamment par le gouvernement des Etats-Unis, et engagent les intervenants français dans la lutte contre le sida à retirer leur participation de cette conférence tant que la législation des Etats-Unis ne garantira pas sur ce point la non-discrimination des personnes atteintes».

Ce communiqué a notamment été signé par des représentants de AIDES Paris-Ile-de-France, de l'Association des Jeunes Contre le Sida (AJCS), de l'Association des Appartements de Relais Thérapeutique et Social (APARTS), de l'Association des Personnels Soignants des Prisonniers (APSP), de l'Association Relais de Gestion et d'Organisation des Soins pour les toxicomanes porteurs et/ou malades du HIV (ARGOS 94), de Formation Intervention Recherche Sida Toxicomanies (FIRST), des Gais Pour les Libertés (GPL), de Solidarité Plus, de Tours Elisa 2000 et de Vaincre Le Sida (VLS).

Rappelons que Aides (Fédération), ARCAT-SIDA, l'association Didier Seux - Santé mentale et Sida et l'APS (Association pour la Prévention du Sida) ne sont pas membres du comité France-Sida

Propos recueillis par C.D..

La position des organisateurs de la Conférence

Précisant que: «La Conférence internationale sur le sida tire un parti important de la participation des séropositifs ou des malades», les organisateurs de la sixième Conférence internationale sur le sida indiquent qu'ils «s'opposent à la moindre restriction en ce qui concerne les déplacements internationaux des personnes infectées ou malades et poursuivront leur action afin que de telles restrictions soient abrogées et afin d'assurer à tout voyageur une totale confidentialité.»

Assurance complémentaire

Un projet de loi pour renforcer la protection sociale

Le ministre de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, M. Claude Evin, a présenté au Conseil des ministres un projet de loi visant à renforcer les garanties de l'assurance complémentaire. Publié le 2 janvier dernier au Journal Officiel, ce projet de loi concerne la grande majorité des français.

Cette loi concerne tous les types d'institutions de prévoyance complémentaire: compagnies d'assurances, mutuelles et institutions de prévoyance gérées par les partenaires sociaux, relevant soit du Code de la Sécurité sociale, soit du Code rural. Elle couvre des domaines aussi divers que la maladie, la maternité, l'incapacité de travail, l'invalidité et le décès.

Ces mesures protectrices s'organisent en amont et en aval de la souscription.

A la souscription du contrat, la loi oblige l'institution de prévoyance à prendre en charge les conséquences éventuelles d'une maladie contractée antérieurement à la souscription. Et ce, pour tout ce qui concerne les contrats collectifs souscrits à titre obligatoire dans l'entreprise ou pour les contrats souscrits à titre individuel. L'assuré doit obligatoirement être informé des maladies dont les suites ne seront pas prises en compte. Les anciens salariés devenant invalides, retraités ou chômeurs, ou leurs ayants droit en cas de décès, pourront bénéficier d'un délai de prolongation de leur couverture complémentaire adapté sans période probatoire ni examen médical.

En aval de la souscription, le projet de loi prévoit qu'au delà de deux ans, aucun organisme ne sera en droit de résilier un contrat ou d'en modifier le tarif individuellement, même en cas de consommation médicale «*excessive*». En cas de disparition, de restructuration d'une entreprise ou de changement d'organisme assureur, le versement des indemnités ou des rentes aux assurés ou ayants droit devra être poursuivi. Le contrôle de l'application de ces différentes mesures sera assuré par une commission administrative indépendante.

Vis-à-vis de l'infection à HIV, ce projet de loi n'inclut pas d'interdiction formelle des institutions de prévoyance complémentaire d'intégrer le sida ou la séropositivité dans leurs clauses restrictives.

Selon le ministère de la Santé, il ne s'agit là que d'un premier volet de mesures de protection des malades, nécessaire pour harmoniser la législation aux textes européens et préparer l'application d'une nouvelle loi. Celle-ci sera spécifique au droit des malades (notamment du sida) et des séropositifs. Elle devrait être débattue au Parlement, «*si tout va bien*», au printemps prochain. R.R.

Une nouvelle présidente pour la MILT

Le 6 décembre 1989, Mme Geneviève Domenach-Chich a été nommée par le Premier ministre, à la présidence de la Mission Inter-ministérielle de Lutte contre la Toxicomanie (MILT). Mme Domenach-Chich succède à Mme Catherine Trautmann, qui souhaitait être déchargée de cette fonction après son élection à la mairie de Strasbourg, en mars 1989. Présidente de la MILT depuis novembre 1988, Mme Trautmann a présenté, en octobre de l'année dernière, un rapport qui retrace l'action de la Mission depuis sa création et dresse le bilan de dix ans de lutte contre la toxicomanie.

[Née en 1945 à Alger, Mme Geneviève Domenach-Chich, ancienne élève de l'Institut d'Etudes Politiques, section Relations internationales (Paris, 1969), est diplômée d'études supérieures de Géographie du sous-développement (Sorbonne, 1969). Chercheur à l'Institut d'Etudes du Développement Economique et Social (1969-70), elle est professeur de français à l'université de Tokyo de 1970 à 1972. Expert consultante à la division Jeunesse de l'Unesco (1972-73), Mme Domenach-Chich entre en 1973 à la Fédération Nationale Léo Lagrange, dont elle devient secrétaire générale en 1985. Membre du bureau exécutif du Parti socialiste depuis 1983, elle est également secrétaire nationale aux questions de société et à la vie associative. Elle est conseillère régionale d'Ile-de-France depuis 1986 et conseillère municipale de Cachan (Val-de-Marne) depuis 1989.]

Préservatifs: vers une norme européenne

Un rapport visant à harmoniser les normes européennes du préservatif a été remis en octobre dernier à la Direction de la Santé de la Communauté Economique Européenne. Cette étude a été rédigée par Jean-René Delcaire, professeur à l'Ecole supérieure de *management* pour l'industrie du médicament et expert auprès de la CEE. Seuls encore trois pays membres de la CEE ont défini des normes nationales en matière de préservatifs. Ailleurs règnent des normes volontaristes, décidées par les fabricants et les distributeurs ou l'absence totale de règles définies.

Ce rapport interne, qui constitue un avant-projet, rentre dans le cadre d'une harmonisation des normes européennes du préservatif et des trousseaux de détection du HIV.

Ces questions de normes européennes et de trousseaux de détection du HIV ont été abordées à deux reprises par les ministres de la Santé de la Communauté européenne, les 16 mai et 11 novembre 1989. Les débats ont été respectivement publiés dans les Journaux Officiels européens du 22 juillet 1989 et du 16 janvier 1990 (côte «C185» pour le premier et «C10» pour le second).

Selon la Direction générale de la Commission du Luxembourg qui est chargée du suivi du dossier, le rapport de M. Delcaire ne sera pas rendu public et aucune directive sur les normes du préservatif ne devrait être promulguée avant un semestre.

Le Plan sida 1990-1995 de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Des réponses sur cinq ans à des urgences immédiates

Le Plan sida de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, qui s'inscrit dans le Plan stratégique 1990-1995 défini en 1989, envisage pour l'essentiel la création ou la réaffectation de lits de plus de 24 heures et de postes. Sans véritablement aller plus loin.

Pour les auteurs du Plan stratégique 1990-1995 de l'AP-HP, «les prévisions épidémiologiques en matière de sida ont justifié une réflexion spécifique sur les moyens cliniques et médico-techniques à mettre en place». Cette «réflexion spécifique» constitue ainsi le Plan sida qui occupe à peine plus de deux pages des quatre volumes du Plan global.

Le détail de ce Plan sida repose sur une étude épidémiologique réalisée en 1988 par l'Assistance Publique de Paris (APP) à partir d'un modèle mathématique tenant compte «du développement probable de l'épidémie, de la part vraisemblable des malades pris en charge par l'APP et de l'évolution des modes de soins.» Les résultats obtenus indiquent qu'en 1995, «environ 200 000 personnes seront séropositives et environ 20 000 seront atteintes de sida avéré». En conséquence, «l'objectif du plan est de créer 1 100 lits de plus de 24 heures et 66 postes de jour» - objectif, est-il précisé, qui pourra être réévalué. Au total, cela porterait, en 1995, «la capacité d'accueil à 1 560 lits de plus de 24 heures et à 104 postes de jour.» Concrètement, «ces lits seraient obtenus par la création de 283 lits de plus de 24 heures et 63 postes de jour, et par la réaffectation de 827 lits existants de plus de 24 heures».

Une prise en charge généralisée

En terme d'organisation, 26 hôpitaux de court séjour sont concernés par ce Plan sida «qui implique une prise en charge généralisée à l'ensemble des établissements et services.» Ce qui «se traduit par un plan pour chaque hôpital» mais les établissements ne sont cependant pas détaillés. A l'exception de «quelques augmentations de capacité notable: 59 lits de plus de 24h en plus à la Pitié-Salpêtrière, 45 lits de même type en plus dans un bâtiment à construire à Rothschild et création de 80 lits de même type et de 8 postes de jour dans des bâtiments pour lesquels une rénovation lourde est prévue à Paul Brousse».

S'ajoute à cela «un volet destiné à renforcer les plateaux techniques sollicités, particulièrement les laboratoires de virologies et d'immunologie», mais aucune autre précision n'est fournie.

Associer les malades au devenir de l'hôpital

Enfin, en aval de l'hospitalisation, il est indiqué que «le renforcement des liens déjà forgés entre les services cliniques et les associations de malades devra constituer un des axes du plan, dans la mesure où ces relations permettent une prise en charge plus précoce, plus complète, s'étendant des aspects médicaux aux conditions de vie des malades.» Sont cités, à titre d'exemple, les associations Argos 94 à l'hôpital Henri Mondor de Créteil et Aparts.

Au total, ce plan représente un budget de 129 millions de francs de travaux, plus le coût de 1013 agents et l'équivalent de 64 postes à plein temps de médecins.

[En définitive, ce Plan sida paraît bien limité. Il donne l'impression de répondre sur cinq ans à des urgences immédiates sans qu'une réflexion d'ensemble ait été véritablement entreprise. Qu'en est-il ainsi de la formation des soignants? Il existe des besoins évidents dans ce domaine, ils mériteraient de faire eux aussi l'objet d'une planification.

De même, il n'est pas fait mention dans les deux pages des problèmes d'horaires de l'hospitalisation de jour et du développement de l'hospitalisation à domicile, problèmes pourtant cruciaux pour les malades. Cela signifie-t-il que la Direction du Plan de l'AP-HP n'accorde qu'une importance relative à ces aspects de plus en plus importants de la prise en charge hospitalière de l'infection à HIV? Une planification n'a de sens que dans la prise en compte à long terme de l'ensemble des aspects d'une situation et non de ses grandes lignes générales, ce qui suppose, en matière hospitalière, de dépasser le simple cadre de la création ou de la réaffectation de lits et de postes.] C.D. / F.F.

Transfusion sanguine

Séroprévalence chez les donneurs de sang et risque transfusionnel

Une enquête parue dans le *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* fait état de l'évolution, de 1985 à 1989, de la séropositivité HIV observée par les Centres de Transfusion Sanguine (CTS) du groupe de travail Rétrovirus, et propose une estimation du risque résiduel transfusionnel.

Les dix Centres de Transfusion Sanguine (CTS) du groupe de travail, représentant environ le quart de l'activité transfusionnelle française, ont rassemblé leurs données concernant les dons de sang confirmés anti-HIV positifs entre le 1er août 1985 (date de la mise en place du dépistage systématique des dons de sang dans les CTS) et la fin du troisième trimestre 1989 (1). Les résultats obtenus portent uniquement sur les dons, avec une distinction entre les «premiers dons» (issus de nouveaux donneurs) et ceux de donneurs connus (qu'ils soient réguliers ou occasionnels). Des dons séropositifs ayant un profil de séroconversion récente par Western-Blot ont été recensés par des examens complémentaires (étude de la reconnaissance de la p25 et de la gp160 et éventuellement de la gp110). Pour tous les donneurs connus, chez lesquels une séropositivité était découverte, le délai entre le don séropositif et le précédent don séronégatif a été calculé. A partir de cet intervalle et en s'appuyant sur une étude française (2) faite chez des receveurs de dérivés labiles séronégatifs provenant de donneurs s'étant ultérieurement séroconvertis, une estimation du nombre de donneurs récemment infectés et non encore séroconvertis a été tentée.

Séroprévalence

L'analyse des données indique que la séroprévalence anti-HIV a été en constante diminution de 1985 à 1989, passant de 0,62 à 0,13 pour mille dons. Cette baisse a porté sur les dons consentis par les donneurs connus (0,32 à 0,05‰), ainsi que par les nouveaux donneurs (de 2,36 à 0,66‰), qui représentent dans cette étude de 13 à 16% de l'ensemble des dons. Cependant, la diminution de la séroprévalence est nulle entre 1988 et 1989 chez les donneurs réguliers, alors qu'elle reste très marquée chez les nouveaux donneurs. Ces chiffres étant calculés à partir du nombre de dons, et non à partir du nombre de donneurs, la séroprévalence HIV chez les donneurs connus est sous-estimée.

Les proportions de dons très récemment séroconvertis par rapport au nombre de dons séropositifs chez les nouveaux donneurs et chez les donneurs connus sont, en 1987 comme en 1988, d'environ 1/30 dans le premier

cas et de 1/6 dans le second cas.

Chez les donneurs réguliers, un délai inférieur à douze mois entre le don séronégatif et le don séropositif était observé chez 35 donneurs sur 1 131 316 dons en 1987, 27 donneurs sur 1 065 532 dons en 1988, et 20 donneurs sur 791 890 dons dans les trois premiers trimestres de 1989. Si l'on considère que le quart de tels dons est infectieux, le risque résiduel peut être estimé à 1 pour 125 000 dons en 1987, à 1 pour 150 000 dons en 1988 et 1989.

La vigilance reste de rigueur

En conclusion, les auteurs estiment que la diminution constante de la séroprévalence des dons de sang confirmés anti-HIV positif depuis le début du dépistage résulte principalement d'une meilleure exclusion des sujets à risque par des mesures renforcées lors de l'enquête précédant le don et l'exclusion du don de sang des sujets dépistés séropositifs depuis 1985.

Le nombre de séropositifs reste plus important parmi les nouveaux donneurs. Le rapport entre la séropositivité observée chez les nouveaux donneurs et chez les donneurs réguliers est proche de 2 en 1989, alors qu'il était de 3 en 1987. La séroprévalence chez les donneurs réguliers a baissé de façon plus modérée que chez les nouveaux donneurs (de 0,10‰ en 1987 à 0,05‰ en 1989).

La mise en évidence d'infections récentes montre qu'il subsiste encore des «sujets à risque» dans la population des donneurs réguliers. Ce profil de séroconversion récente est rencontré 5 fois plus fréquemment chez les donneurs réguliers que chez les nouveaux donneurs. Ceci montre que probablement peu de nouveaux donneurs se présentent pour un don de sang entre l'infection et la séroconversion, période de six à huit semaines pendant laquelle le donneur est infectieux mais ne peut pas être reconnu par une recherche des anticorps anti-HIV. En revanche, ce risque est plus élevé avec les donneurs réguliers puisque le don antérieur à la découverte de la séropositivité peut avoir été fait pendant cette période

sérologique muette.

Toutefois, le risque résiduel de transmission du virus HIV, qui semblait diminuer entre 1987 et 1988, reste stable en 1989, estimé à 1 pour 150 000 dons.

Ce chiffre ne représente qu'une estimation grossière, mais montre cependant que, malgré la diminution de la séroprévalence globale, une vigilance extrême reste de rigueur aussi bien chez les nouveaux donneurs que chez les donneurs connus. L'exclusion des «sujets à risque» par l'enquête et le dépistage des anticorps

anti-HIV mené avec le plus grand soin pour mettre en évidence les séroconversions les plus récentes sont à cet égard indispensables. C.D./J.P.

(1) «Séropositivité VIH chez les donneurs de sang de 1985 à 1989», A.-M. Couroucé and all., *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* n°52/1989.

(2) «Transmission of HIV blood from seronegative donors», A.-M. Jullien and all., *Lancet*, 1988, 1248-1249.

Une enquête auprès de médecins généralistes L'infection à HIV en médecine générale

Une enquête réalisée par une équipe de l'Inserm, dirigée par Alain-Jacques Valleron, précise l'activité liée au sida.

Cette enquête repose sur l'envoi d'un questionnaire aux 500 médecins généralistes sentinelles du Réseau national Télé-informatique de Surveillance et d'Information sur les Maladies transmissibles (1). Ce réseau, considéré comme représentatif de l'ensemble des médecins généralistes, a été mis en place en 1984. Depuis mars 1987, ces médecins sont chargés de communiquer la description détaillée et anonyme de toutes les prescriptions de sérologie anti-HIV qu'ils effectuent auprès de leur clientèle. Envoyé en mars 1988, le questionnaire avait pour but de recueillir un ensemble de données sur leur pratique de dépistage et le suivi de leurs patients séropositifs. 390 médecins ont répondu au questionnaire.

L'analyse des données ainsi rassemblées montre qu'en mai 1988, chaque médecin généraliste avait une moyenne de 1,37 patients infectés par le HIV dans sa clientèle. Cette moyenne cache des disparités importantes qui correspondent géographiquement à la distribution observée de l'infection en France. La plupart des patients se concentraient sur 34% des médecins du réseau, ceux-ci exerçant en ville et dans des zones de forte endémie avec une moyenne de 3,6 patients infectés dans leur clientèle. Sur la base de ces données, les auteurs estiment, après extrapolation à l'ensemble des médecins généralistes français, que le nombre de séropositifs vus en médecine générale libérale était d'environ 69 000 (avec un intervalle de confiance variant de 62 000 à 75 000).

Le nombre moyen de nouveaux patients séropositifs diagnostiqués par chacun des médecins du réseau en 1987 s'élevait à 0,6. Pour les auteurs, l'extrapolation à la France entière permet d'estimer que le nombre de séropositifs détectés au cours de l'année 1987, en médecine générale libérale, était d'environ 30 000 (intervalle de confiance de 25 000 à 34 000).

En mai 1988, 38% des généralistes du réseau avaient

au moins un patient séropositif. En terme de suivi, 30% suivaient au moins un patient infecté et 5% plus de cinq patients. 62% des patients avaient été dépistés par les médecins eux-mêmes, 67% faisaient partie de leur clientèle régulière et 58% étaient suivis conjointement avec une autre structure de soins.

A la première consultation, les examens biologiques les plus souvent prescrits étaient la numération formule sanguine (NFS) ainsi que la numération des plaquettes et des populations lymphocytaires. Plus de la moitié des médecins demandaient la recherche d'un marqueur de l'hépatite B.

Lors des consultations suivantes, les examens prescrits de façon systématique étaient la recherche de l'antigène p24, la NFS, la numération des plaquettes et le rapport T4/T8. 37% des généralistes prescrivaient des examens biologiques à chaque consultation.

La moyenne des consultations était de 3,6 visites par an. A partir de ces données, les auteurs estiment le coût moyen du bilan initial à 523 F, celui d'une consultation de suivi à 446 F et le coût total annuel par patient à 2 288 F.

En conclusion, les auteurs insistent sur le fait que, compte tenu de leur estimation de 69 000 patients séropositifs recensés en France par les médecins généralistes en mai 1988, et si les chiffres de 150 000 à 200 000 personnes infectées par le HIV correspondent à la réalité; cela signifie qu'à cette date, la moitié à un tiers de patients séropositifs connaissaient leur statut sérologique.

(1) Réseau national télé-informatique de surveillance et d'information sur les maladies transmissibles: URBB - Inserm, université Paris VII, 2, place Jussieu, 75251 Paris cedex 05.

«Fréquence de l'infection à HIV et coût de la prise en charge des patients asymptomatiques par les médecins généralistes», V. Massari and all., *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, n°49/1989.

Une nouvelle approche de la mesure de l'efficacité anti-virale de certaines molécules

La virémie plasmatique HIV1

Le *New England Journal of medicine* du 14 décembre 1989 a publié une étude coordonnée par David Ho qui propose une technique d'évaluation de la quantité de HIV1 libre dans le plasma des sujets infectés. La technique n'est pas nouvelle mais son utilisation pourrait apporter de nouveaux éléments dans le cadre thérapeutique.

Cette étude a défini quantitativement les niveaux de virémie HIV1 dans le plasma et dans les mononucléaires du sang circulant de 54 sujets infectés à différents stades de la maladie et qui ne recevaient pas de traitement anti-viral. Le HIV1 a été retrouvé dans le plasma (virémie plasmatique) et dans les mononu-

cléaires circulants de tous ces patients, sans exception. Les titres moyens dans le plasma, de même que dans les mononucléaires, semblent être d'autant plus élevés que la maladie est plus avancée.

Chez les patients symptomatiques, les valeurs retrouvées semblent indiquer la présence de

HIV1 dans au moins une cellule mononucléaire circulante sur quatre cents.

D'autre part, chez sept malades atteints de sida ou de formes intermédiaires et qui ont reçu du Rétrovir® (Zidovudine ou AZT) pendant quatre semaines, la virémie plasmatique a décliné de façon significative; ce qui n'a pas été le cas pour le titre intra-cellulaire.

De plus, chez 20 patients traités par Rétrovir® au long cours, la virémie plasmatique moyenne était très inférieure à ce qu'elle était chez des patients atteints de sida ou de formes intermédiaires mais non traités par un agent anti-viral.

Les auteurs concluent que, dans cette étude, les titres de virémie plasmatique, de même que les titres de virémie dans les mononucléaires du sang circulant, sont en tout état de cause beaucoup plus élevés que ce que l'on croyait. Cette virémie importante pourrait, disent-ils, indiquer que l'effet rétroviral cytopathique

direct peut, en lui-même, expliquer une grande partie de la pathogénèse du sida.

En outre, cette étude montre que les implications cliniques et thérapeutiques de cette technique peuvent être importantes *in vivo*. En effet, on pourrait disposer avec la virémie plasmatique

Les deux intérêts d'une technique

En utilisant une technique permettant de mesurer quantitativement la présence du HIV1 dans différents éléments du sang (virémie), une équipe américaine a montré que la présence du virus dans ces éléments était beaucoup plus importante que ce que l'on croyait jusqu'à présent. Ceci pourrait signifier que l'activité elle-même du virus est directement responsable d'une grande partie de l'apparition de symptômes au cours de l'infection à HIV.

Cette équipe a montré d'autre part que l'utilisation de cette technique pourrait contribuer à évaluer l'activité de médicaments anti-rétroviraux, dans la mesure où elle a observé, entre autre, une baisse de la présence du virus chez des malades sous Rétrovir®. F.F.

d'un meilleur outil que la culture cellulaire pour apprécier rapidement de l'efficacité anti-virale d'une molécule et/ou pour déterminer une corrélation entre des signes cliniques par exemple et une répllication active de virus.

De plus, contrairement à l'antigénémie qui n'est que le reflet d'un équilibre antigène-anticorps où seul l'antigène libre non complexé est dosé, la virémie plasmatique est beaucoup moins «gênée» par les anticorps. J.F.M.

Ho D.D, Mougdil T., Alam M. «Quantitation of HIV1 in the Blood of Infected Persons» *N. Engl. J. Med.* 1989; 321: 1621-1625.

Réunion d'experts de l'ANRS

Détection et suivi des marqueurs sérologiques de l'infection HIV en milieu hospitalier

Sous l'égide de l'Agence Nationale de Recherche sur le Sida, un atelier organisé par le Dr C. Rouzioux et le Pr A. Kirn a réuni 90 participants le 4 novembre 1989 à l'hôpital Necker à Paris. Le thème de cet atelier était: «*Détection et suivi des marqueurs sérologiques de l'infection HIV en milieu hospitalier*».

Les éléments de consensus suivant se sont dégagés de cet atelier:

1) Malgré la présence faible de ce virus en France, il est nécessaire de détecter les anticorps HIV2 lors de l'examen sérologique. La meilleure approche consiste à associer un réactif ELISA HIV1 spécifique à un réactif ELISA mixte HIV1 + HIV2. Les KITS mixtes ont une sensibilité identique au réactif HIV1 pour ces anticorps et très supérieure pour détecter les anti HIV2. Le choix du fabricant est laissé à l'appréciation de chacun.

2) Tout ELISA positif doit être confirmé par une technique Western Blot, avec comme critères de positivité:

- pour HIV1: présence d'anticorps contre au moins une glycoprotéine d'enveloppe et au moins une protéine du core;
- pour HIV2: présence d'anticorps contre deux glycoprotéines d'enveloppe et au moins une du core. Toutefois, chez les enfants de mères séropositives, la présence d'anticorps contre la glycoprotéine d'enveloppe est suffisante.

3) Pour toute sérologie positive, un contrôle sur un nouveau prélèvement de sang est recommandé.

4) Pour les réactivités anti-gag isolées (p25 ou p18), il est nécessaire:

- d'éliminer une sérologie HIV2 par ELISA et Western Blot HIV2;

- en cas de négativité, d'examiner un deuxième prélèvement dans un délai minimum d'un mois et maximum de deux mois,

- en cas de nouvelle négativité, on doit considérer la réaction comme négative pour HIV1 et HIV2.

5) La technique du PCR ne doit servir qu'à des fins de recherche. Son utilisation diagnostique doit être proscrite dans l'état actuel de nos connaissances.

6) Chez un sujet séronégatif, sauf en présence de signes cliniques, la recherche de virus n'est pas un test de diagnostic.

7) En urgence (un délai minimum de deux heures est nécessaire), l'utilisation d'un ELISA mixte HIV1 + HIV2 est recommandée, associée de préférence à un deuxième ELISA, à la rigueur à une méthode de diagnostic rapide, toujours moins sensible.

8) Pour le suivi des sujets séropositifs asymptomatiques, il est conseillé de ne pratiquer le Western-Blot et la mesure d'antigénémie que deux fois par an au maximum.

la lettre de l'infectiologue

de la microbiologie à la clinique

Sous la direction scientifique des Prs Y. Mouton et A. Thabaut
Rédacteur-en-chef: Dr D. Vittecoq

Tous les quinze jours des mises au point de qualité sur tous les problèmes de pathologie infectieuse

Des numéros spéciaux consacrés à la synthèse des plus grands congrès internationaux: l'ICAAC, l'ASM, la Conférence internationale sur le Sida...

Des numéros à thème, notamment ceux consacrés au Sida: ABCD du Sida n° 1 (*épuisé*) et n° 2...

EDIMARK SA

Chilly-Majoules, 92100 Boulogne. Tél. (1) 48.25.11.59

Nom :

Adresse :

.....

.....

Ville : Code postal :

désire recevoir le numéro spécial
Vème Conférence internationale sur le Sida,
ci-joint un chèque de 45 F à l'ordre d'Edimark

désire recevoir l'ABCD du Sida n° 2
ci-joint un chèque de 45 F à l'ordre d'Edimark

désire m'abonner pour un an
ci-joint un chèque de 360 F à l'ordre d'Edimark

désire recevoir gratuitement un exemplaire de la Lettre de
l'Infectiologue

Mise au point

Quelques explications sur les pneumocystoses atypiques

Lors d'une réunion organisée le 18 janvier dernier par la Fédération Européenne de Recherche sur le Sida (1) à la Fondation de la Recherche Médicale (2), Charles Mayaud (3) et Frédérique Capron (4) ont fait le point sur certains des aspects sémiologiques (symptômes) nouveaux des pneumocystoses, dans le cadre du sida, ainsi que sur les hypothèses anatomo-pathologiques (étude des lésions anatomiques) correspondantes (5).

La pneumocystose classiquement rencontrée dans le cadre du sida est endothoracique et pulmonaire, caractérisée sur le plan strictement clinique par un début progressif, des signes fonctionnels respiratoires, l'absence de signes extrapulmonaires. Radiologiquement, il existe des opacités interstitielles bilatérales diffuses.

Depuis quelques mois on assiste à une floraison de publications par différentes équipes américaines et européennes qui font état de pneumocystoses atypiques. En effet, celles-ci peuvent être endothoraciques, mais pseudo-kystiques, excavantes, ganglionnaires au lieu d'être purement interstitielles, et elles sont associées à un syndrome septicémique avec syndrome général, syndrome respiratoire, syndrome fébrile et une note digestive. Il a également été décrit des formes atypiques extrathoraciques et disséminées avec atteintes hépatiques, spléniques, des reins ou d'autres organes. Il est à noter que ces descriptions de pneumocystoses atypiques ne datent pas de l'épidémie de sida. Des formes extra-pulmonaires ont été rapportées il y a déjà longtemps.

Caractéristiques

Charles Mayaud a précisé, sur un travail personnel portant sur six cas de pneumocystoses disséminées, quelles étaient les caractéristiques des patients de sa série:

- Il s'agit de malades ayant le sida depuis 12 à 22 mois, c'est-à-dire ayant tous une maladie déjà très évoluée. Sur ces six patients, cinq avaient fait des réactions allergiques majeures lors du traitement par Bactrim® d'un épisode antérieur de pneumocystose.

- En effet, les six malades avaient tous fait au moins un épisode de pneumocystose pulmonaire typique 9 à 24 mois auparavant.

- Ces six patients étaient tous sous prophylaxie secondaire de la pneumocystose par les aérosols de pentamidine en raison du fait précédent. Mais il n'a pu être fait d'étude sur la qualité de l'administration de ces aérosols.

- La présentation clinique était particulière dans la mesure où il existait un développement très progressif d'une symptomatologie associant très progressivement, sur un à trois mois, un syndrome fébrile avec des signes pulmonaires et extra-pulmonaires.

- Les aspects radiologiques étaient tout à fait différents de ceux rencontrés dans les formes «normales»: il pouvait notamment exister des adénopathies médiastinales (faisant volontiers errer le diagnostic) et/ou des opacités pleurales ou péricardiques.

- La fibroscopie avec lavage bronchiolo-alvéolaire, dont on connaît l'excellent rendement dans les formes typiques, donnait, elle aussi, des résultats singuliers: quatre fois sur six il n'a pas été retrouvé de *Pneumocystis*. Dans un cas, cet examen a montré des parasites peu nombreux et seul dans le dernier cas cet examen était franchement positif avec de nombreux kystes de *Pneumocystis carinii*.

- Enfin, l'évolution était marquée, dans cinq cas sur six, par la survenue de pneumothorax bilatéraux avec décès rapide dans quatre cas. Un patient a présenté une destruction pulmonaire importante. Un patient a

Pneumocystoses atypiques

Les aérosols de pentamidine remis en cause?

Des formes inhabituelles (atypiques) de pneumocystoses à *Pneumocystis carinii* (PPC) apparaissent depuis quelques temps. Habituellement, la PPC, qui est l'infection la plus fréquente au cours de l'infection à HIV, se limite aux poumons, ce qui n'est pas le cas de ces formes atypiques. Les raisons de la survenue de ces formes commencent d'être connues. Désormais, il faut que l'éventualité de ces formes atypiques soit prise en compte par les médecins comme par les patients et leur entourage.

Concernant les aérosols de pentamidine, l'identification de ces formes permet de penser que:

- pour la prophylaxie primaire de la PPC, c'est-à-dire le traitement préventif de cette maladie chez des patients ne l'ayant pas développée, les aérosols ne sont pas remis en cause.
- pour la prophylaxie secondaire de la PPC, c'est-à-

dire le traitement préventif d'une rechute de la maladie chez les patients ayant déjà développé celle-ci, l'emploi des aérosols devra peut-être être reconsidéré. Ceci, dans la mesure où ils risquent de ne pas permettre d'éviter la survenue de ces formes atypiques de PPC mais, au contraire, de peut-être les favoriser. Il faut donc parvenir à déterminer si ces formes sont en partie dues aux aérosols, ce qui n'est pas prouvé actuellement.

Dans tous les cas, les aérosols de pentamidine ne doivent être considérés que comme une étape, imparfaite mais néanmoins importante, dans la prise en charge prophylactique des patients infectés par le HIV et à haut risque de développer la pneumocystose (notamment les personnes ayant moins de 200 T4/mm³). F.F.

guéri au prix de séquelles majeures.

Charles Mayaud a terminé son exposé en posant trois questions essentielles:

Doit-on considérer que cette augmentation de fréquence de descriptions de formes atypiques de pneumocystoses est en fait une augmentation relative due à l'augmentation de l'épidémie de pneumocystose? Cette augmentation de fréquence des formes atypiques traduit-elle une augmentation relative du fait d'une meilleure connaissance et d'un diagnostic optimisé?

Hypothèse

Enfin, cette augmentation est-elle due à une survie plus prolongée des malades dont on sait qu'elle pourrait être due, en partie, à la prophylaxie par les aérosols? En d'autres termes, les aérosols par la pentamidine sont-ils directement ou indirectement la cause de cette augmentation de fréquence des formes atypiques? [Notons qu'il n'a pas été rapporté de cas de formes atypiques chez des patients sous prophylaxie par aérosols (patients n'ayant pas présenté de pneumocystose). Dans l'état actuel des connaissances, les formes atypiques ne remettent pas en cause le traitement prophylactique.]

Frédérique Capron a ensuite donné le point de vue de l'anatomo-pathologiste pour ce qui concerne la dissémination. En effet, on savait que le *Pneumocystis carinii* est un parasite ubiquitaire dont la porte d'entrée est respiratoire et qui, au sein des poumons, se trouve dans l'alvéole. A partir d'un certain nombre de pièces anatomo-pathologiques, la présence de *Pneumocystis* a pu, chez certains patients, être mise en évidence, non plus dans l'alvéole, mais dans l'*interstitium* pulmonaire.

On peut donc raisonnablement avancer que dans certaines circonstances dépendantes de l'état immunitaire général et local, il peut y avoir embolisation de parasites qui, de l'*interstitium*, passerait en intravasculaire et par conséquent, à de nombreux organes. Cette hypothèse expliquerait, du moins en partie, ces formes disséminées. J.F.M.

(1) Fédération Européenne de Recherche sur le Sida (FERS), 51, rue Liancourt, 75014 Paris.

(2) Fondation pour la Recherche Médicale, 54, rue de Varenne, 75007 Paris.

(3) Service de pneumologie, Hôpital Tenon, 20, rue de la Chine, 75020 Paris.

(4) Service d'anatomo-pathologie de l'Hôtel-Dieu, Place du parvis, 75004 Paris.

(5) SIDA 89 a déjà signalé des cas de pneumocystoses disséminées dans le n°9 de novembre 1989 (pages 19 et 20) et dans le n°10-11 de décembre dernier (pages 4 et 5).

Aérosols de Pentamidine (Pentacarinat®)

Prix et nomenclature

Les modalités de la commercialisation du Pentacarinat® et de la prise en charge des aérosols de pentamidine dans le cadre de la prophylaxie de la pneumocystose sont désormais fixées.

Depuis le mois d'octobre 1989, les laboratoires Roger Bellon (1) ont obtenu l'autorisation de la mise sur le marché (AMM) du Pentacarinat® 300 mg (iséthionate de pentamidine). La pentamidine est utilisée dans le traitement et la prophylaxie de la pneumopathie à *Pneumocystis carinii* (PPC). La posologie retenue par la commission d'AMM est de 300 mg par mois (un flacon) par voie aérosol pour la prophylaxie primaire et secondaire de la PPC.

Ce médicament est déjà mis à la disposition des médecins par le laboratoire en attendant sa distribution dans les pharmacies, prévue pour le mois de mai 1990. Son prix devrait se situer aux alentours de 150 francs le flacon de 300 mg.

L'appareil de nébulisation recommandé par la commission d'AMM pour ce traitement est le Respigard II®. Ce nébuliseur pneumatique, qui a été utilisé dans les essais cliniques du Pentacarinat®, est actuellement le plus largement utilisé aux Etats-Unis. D'autres nébuliseurs pourraient être utilisés à condition de posséder des qualités techniques équivalentes pour la déposition du produit au niveau des alvéoles pulmonaires. Le Respigard II®, fabriqué par la société Marquest Inc. (2) aux Etats-Unis, est distribué en France par la société Europe Medical (3). Pour

l'instant, son prix est de 150 francs pièce (voir *SIDA* 89 n°4, mai 1989). Il s'agit d'un appareil à usage unique, ne servant qu'à une seule séance d'aérosol par patient. Il est utilisé à l'hôpital sur une prise d'oxygène ou d'air comprimé et en traitement ambulatoire sur un compresseur. Le prix de ces compresseurs varie de 1 000 et 2 500 francs à l'achat, et environ 120 francs en location hebdomadaire.

Le pentacarinat® sera remboursé à 70% ou totalement en cas de prise en charge à 100% par la sécurité sociale, ce qui devrait concerner la majorité des patients à laquelle sera prescrite cette prophylaxie.

La commission du TIPS (Tarification Interministérielle des Prestations Sanitaires) a fixé le remboursement de l'achat du Respigard II® à 84 francs, et celui de la location hebdomadaire d'un compresseur entre 30 et 60 francs selon la durée de la prescription. Ce taux de prise en charge ne s'adressant qu'aux patients bénéficiant du 100%, le remboursement ne sera pour les autres que de 70% des sommes indiquées.

La publication au Journal Officiel de l'arrêté sur ce sujet est prévue prochainement. R.L.

(1) Laboratoire Roger Bellon; 159, avenue Achille-Peretti, 92200 Neuilly-sur-Seine.

(2) Marquest Medical Products, Inc.: 11039 E. Lansing Circle, Englewood, CO 80112, USA.

(3) Europe Medical: 4/6, rue Petit-Cuiron, 01000 Bourg-en-Bresse.

Enquête

Les candidoses oropharyngées chez le patient HIV+

Depuis le mois d'avril 1989, une enquête multicentrique impliquant une quinzaine de centres a été mise en place à l'initiative des laboratoires Pfizer(1). Cette enquête est coordonnée par le Groupe d'Etudes Epidémiologiques et Prophylactiques (GEEP) et le Groupe d'Etudes des Mycoses Opportunistes (GEMO), sous le parrainage du Centre de référence des Mycoses de l'Institut Pasteur.

Le but de l'enquête est d'évaluer l'incidence et la prévalence de la candidose oropharyngée chez les sujets infectés par le HIV. Elle devrait surtout permettre de préciser si la présence et le nombre de colonies de ce champignon, à l'examen mycologique de la cavité buccale sans candidose

clinique, est un facteur de risque de développement de cette infection. Si cette hypothèse se vérifiait, elle permettrait l'instauration, selon les résultats de l'examen mycologique, d'un traitement de prophylaxie primaire de la candidose oropharyngée par des antifongiques avant même l'apparition des signes cliniques. Actuellement, 450 patients sont inclus dans cette étude. Des résultats de l'enquête primaire sont prévus pour le mois de juin prochain.

(1) Laboratoire Pfizer: 86, rue de Par
laboratoires Pfizer commercialisent
remarquable, le fluconazole (Triflu

Essai Thérapeutique Prio

Prophylaxie de la pneumocystose
et de la toxoplasmose

L'essai multicentrique Prio a pour but d'évaluer et de comparer deux traitements, l'aérosol de pentamidine et la dapsonne, dans la prévention de la pneumocystose pulmonaire et d'évaluer l'hypothèse d'une prévention de la toxoplasmose cérébrale par l'association dapsonne-pyriméthamine.

La stratégie des essais thérapeutiques de l'infection par le HIV s'oriente de plus en plus vers l'évaluation de traitements préventifs des infections opportunistes qui signent pour un patient son passage au stade sida de l'infection. Le but de ces essais est de parvenir à pouvoir prescrire aux patients à risque de développer une infection opportuniste un traitement de prévention efficace et bien toléré.

La pneumocystose à *Pneumocystis carinii* (PPC) et la toxoplasmose cérébrale sont, en Europe, les deux infections les plus fréquentes au cours du sida.

L'essai Prio (1), coordonné par l'Inserm (2) et l'hôpital Bichat-Claude Bernard (3), a débuté au mois de juillet 1989 dans vingt deux centres de soins en France. Il a pour objectif de comparer deux traitements efficaces dans la prévention de la PPC: la dapsonne et les aérosols de pentamidine. 50% des patients inclus recevront des aérosols de pentamidine et l'autre groupe de la dapsonne associée à la pyriméthamine, un des traitements de référence de la toxoplasmose cérébrale.

Apporter des réponses adaptées

Cet essai devrait permettre de répondre à plusieurs questions. Tout d'abord, comparer l'efficacité et la tolérance des deux traitements dans la prévention de la pneumocystose. Deuxièmement, évaluer l'hypothèse d'une action préventive de la dapsonne associée à la pyriméthamine sur la toxoplasmose cérébrale, action qui a été démontrée *in vitro* ainsi que sur le modèle animal. Troisièmement, comparer les patients inclus, qui seront suivis pendant environ deux ans, à des groupes de patients suivis antérieurement et qui n'avaient pas reçu de traitement prophylactique.

Cet essai, qui ne comporte pas de traitement placebo, n'est proposé qu'à des patients qui risquent de faire une de ces infections et qui auront accepté et bien

compris les avantages potentiels de chaque traitement ainsi que les inconvénients et la nécessité d'un suivi précis. Actuellement, le nombre de patients inclus dans ce protocole est de cent.

Le nombre important de patients (280) et la longue durée de suivi (deux ans) nécessaires pour répondre aux questions posées, montrent une fois de plus que seuls des essais cliniques multicentriques, bien acceptés tant au point de vue éthique que pratique, en réduisant les contraintes des participants (patients et médecins), pourront se développer et apporter des réponses adaptées aux patients.

(1) Coordonnateurs: Dr P.-M. Girard, Dr R. Landman.

(2) Inserm U13, 10, avenue de la Porte d'Aubervilliers, 75019 Paris.

(3) Hôpital Bichat-Claude Bernard: 46, rue H. Huchard, 75018 Paris.

Médecins de
ville et
d'hôpital
Deux journées de travail
pour un suivi
commun
des personnes vivant
avec le VIH
31 mars et 1er avril 1990

Une recommandation de la FDA américaine

Baisse de la posologie de référence du Rétrovir®

La Food and Drug Administration (FDA) recommande désormais une posologie de 600 mg par jour pour l'administration à long terme du Rétrovir® au lieu des 1 200 mg précédemment préconisés.

Le secrétaire du Département américain des services de santé, le Dr Louis Sullivan, a publiquement annoncé le 16 janvier dernier la décision prise par la Food and Drug Administration (FDA) d'autoriser et de recommander la diminution de la posologie du Rétrovir® (Zidovudine ou AZT). L'office chargé du contrôle des médicaments prône désormais une administration à long terme de 600 mg par jour, ce qui correspond à la moitié de la dose initialement recommandée. Pour la FDA, cette nouvelle posologie ne doit toutefois être mise en place qu'après un mois de traitement à 1 200 mg de Rétrovir® par jour.

La décision de baisser la posologie du Rétrovir® intervient à la suite d'une étude comparative de doses menée aux Etats-Unis par l'Institut National des Maladies Allergiques et Infectieuses (NIAID) sur deux groupes de 262 patients. Le premier groupe de patients recevait 1 500 mg de Rétrovir® par jour (soit 300 mg de plus que la posologie initialement recommandée), le second 600 mg par jour. Après un peu plus de deux ans de suivi, il a été observé une meilleure tolérance au Rétrovir® dans le groupe à faible dose par rapport au groupe à forte dose, tandis qu'aucune baisse d'efficacité n'est apparue. Près de la moitié des patients du groupe à forte dose ont dû interrompre leur traitement en raison d'effets secondaires graves, alors qu'un quart des patients du groupe à faible dose se sont retrouvés

dans le même cas.

La diminution des doses de Rétrovir® prônée par la FDA devrait donc permettre de réduire les effets secondaires de ce médicament (anémies, baisse des leucocytes) tout en abaissant pratiquement de moitié le coût du traitement. Il reste néanmoins à savoir si cette nouvelle posologie du Rétrovir® se révélera efficace sur les troubles neurologiques liés au HIV.

La recommandation de la FDA concerne aussi bien les gélules que le sirop pédiatrique et n'empêche en aucun cas les médecins de prescrire ce médicament à des doses plus ou moins fortes quand les cas le justifient. Par cette décision, la FDA pérennise pratiquement un état de fait car de nombreux cliniciens administrent le Rétrovir® à cette posologie de 600 mg par jour depuis plusieurs mois déjà.

Certains d'entre eux estiment même aujourd'hui que des posologies plus faibles encore conserveraient la même capacité d'efficacité tout en réduisant les effets secondaires et en augmentant ainsi les possibilités d'association avec d'autres médicaments, eux aussi toxiques, mais essentiels à la prise en charge des malades atteints de sida (par exemple antibiotiques contre la toxoplasmose, la pneumocystose, médicaments anti-CMV, etc.). La recherche du meilleur rapport coût / efficacité du Rétrovir® continue donc de progresser. E.L./J.F.M.

31 mars et 1er avril 1990

Comité d'organisation

Agence française de lutte
contre le Sida.

Aides et Unaformec.

Arcat Sida.

Assistance publique.

Direction générale
de la Santé.

Direction des hôpitaux.

Délégation

interministérielle à la Ville

Ordre des médecins.

SFTG.

Médecins de

ville et
d'hôpital

Deux journées de travail

pour un suivi
commun

des personnes vivant

avec le VIH

Coordination

AIDES

6 Cité Paradis

75010 Paris

Fax. (1) 47 70 29 03

Tel. (1) 47 70 03 00

Organisation

générale

Participe Présent

89 rue du Fbg St-Antoine

75011 Paris

Fax. (1) 43 42 22 12

Tel. (1) 43 42 90 94

Une enquête de la Direction des Hôpitaux

Les relations hôpital-ville dans la prise en charge des patients infectés par le HIV

La Direction des Hôpitaux met sur pied une enquête auprès de 600 patients pour étudier les filières de soins qu'ils empruntent et les différentes modalités de leur prise en charge. Cette enquête repose sur un «document anonyme de suivi médical» personnel à chaque patient où sera reporté le détail de chaque interventions de soins et de prise en charge.

Les premières recherches entreprises sur l'économie du sida ont été centrées sur l'hôpital. Or, si une telle approche pouvait se concevoir au début de l'épidémie, elle semble trop restrictive aujourd'hui.

En effet, les caractéristiques de l'épidémie et les modes de prise en charge des patients ont considérablement évolué. L'extension de l'épidémie s'accompagne d'une augmentation de la durée de vie des patients. De nouveaux traitements ambulatoires se développent à un stade toujours plus précoce (prophylaxie antivirale, aérosol). Les durées d'hospitalisation et le recours à l'hospitalisation classique diminuent. Des pratiques plus souples en matière de soins et de surveillance médicale (soins à domicile, hospitalisation à domicile, hôpital de jour) se développent au bénéfice des patients.

Cette évolution entraîne la participation progressive d'un nombre accru d'acteurs extra-hospitaliers, tant dans le domaine médical (médecins de ville, réseaux de médecins...) que dans le domaine social (assistantes sociales, travailleurs sociaux, associations...).

Une étude centrée sur le patient

La Direction des Hôpitaux (1) a décidé d'entreprendre durant le premier semestre 1990 une enquête (2) prospective de trois mois sur le suivi médical ambulatoire de 600 patients atteints par le HIV (350 séropositifs et 250 malades du sida). Ces patients seront suivis à partir de cinq CISIH, Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (Nice, Toulouse, Lyon, Paris-Béclère, Paris-Rothschild). Cette étude sera menée en collaboration avec le Laboratoire d'Economie Sociale (Université Paris I).

Un «document anonyme de suivi médical», prenant la forme d'un carnet anonyme et appartenant au patient, a été créé pour cette enquête. Tous les médecins participant au suivi médical du patient seront invités à y inscrire les principales informations médicales concer-

nant le patient: à chaque consultation (ou hospitalisation), le patient présentera ce carnet à son médecin. Ce dernier pourra alors s'informer de la situation médicale du patient, des thérapeutiques et des différents examens complémentaires prescrits antérieurement, toutes ces informations ayant été relevées sur le document. A son tour, le médecin y inscrira le motif et les diagnostics de la consultation ainsi que sa propre prescription en médicaments et en examens complémentaires. Les principaux résultats d'examens biologiques et non biologiques y seront également notés. Ce document concrétisera donc la liaison entre la médecine de ville et l'hôpital.

Cette étude centrée sur le patient et non plus seulement sur tel ou tel type de recours aux soins, permettra de définir les filières de soins empruntées par les patients et ses principaux déterminants. Il sera dès lors possible d'apprécier les rôles respectifs des médecins en ville et à l'hôpital. En corollaire, la prise en compte des données socio-économiques permettra d'approcher le patient suivi dans sa globalité, de prendre en considération son intégration sociale et donc son maintien dans la société.

En identifiant des filières de soins, cette étude permettra enfin d'envisager site par site la construction d'une stratégie médicale plus intégrée entre acteurs de soins concernés. Ainsi, médecins de ville et médecins hospitaliers pourront élaborer en commun un suivi coordonné des patients.

P. Buchet/A. Triomphe/J.-F. Delfraissy

(1) Direction des Hôpitaux - Mission SIDA, Dr Pascal Buchet, Pr Jean-François Delfraissy. Responsable de la mission: Gabriel Bez.

(2) Enquête «Etude des relations hôpital-ville dans la prise en charge des patients atteints d'infection par le VIH.» Responsables scientifiques: A. Triomphe, Pr J.-F. Delfraissy. Coordinateur national: Dr P. Buchet.

(3) Laboratoire d'Economie Sociale (Université Paris I), Annie Triomphe, Yves-Antoine Flori.

Contamination par le HIV

Les directives d'application de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

Peu de cas de contamination par le HIV liée à une activité professionnelle ont été recensés jusqu'à présent. Cependant, pour le personnel des professions de santé et plus particulièrement des professions de la recherche, l'infection par le HIV dans le milieu de travail représente un risque potentiel même s'il est moindre que pour d'autres affections. Dans une lettre officielle, le ministère de la Santé fixe les modalités générales de la prise en charge de ce risque, les prenant en compte au titre des accidents du travail plutôt qu'au titre des maladies professionnelles.

Dans une lettre ministérielle datée du 9 octobre 1989, le directeur de la Sécurité Sociale définit les «modalités d'application de la législation relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles en cas d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (HIV) aux temps et lieu de travail.» Ce document, adressé au président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et aux Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS), doit également être divulgué auprès des caisses primaires et des médecins-conseils de la Sécurité sociale. Il est recommandé à ces médecins d'en informer «le plus largement possible les employeurs et les salariés concernés ainsi que le corps médical». Les directives que contient cette lettre explicitent la position officielle du ministère de la Santé concernant la prise en charge des risques professionnels liés au sida, dans le cadre de la législation en vigueur.

En préambule, la lettre délimite le champ d'action de cette législation: «*compte tenu des modes de propagation du HIV, les probabilités d'infection par ce virus en milieu normal de travail sont actuellement très réduites, sauf dans certains lieux (hôpitaux, cliniques, unités de soins, laboratoires, centres de transfusion sanguine, etc.) où des salariés, indépendamment de leur qualification professionnelle, peuvent être amenés, de façon habituelle ou exceptionnelle, à côtoyer un malade contaminé ou le virus lui-même.*» Le document précise que «*la condition nécessaire mais non suffisante*» d'une contamination accidentelle par le HIV implique une exposition directe de sang à sang (piqûre accidentelle, contact entre un salarié porteur d'une plaie avec le sang infecté du malade ou avec le virus lui-même).

La lettre ministérielle estime cependant que, même si les cas de contamination professionnelle recensés sont très rares (voir encadré) et beaucoup moins fréquents qu'en matière de transmission de l'hépatite B par contamination transcutanée, la gravité de l'infection par le HIV impose de définir les modalités d'application des lois en vigueur.

Sur ce sujet, la réflexion des services des ministères de la Santé et du Travail, et plus particulièrement du Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels, en

concertation avec la Direction de la Sécurité Sociale, s'est dans un premier temps portée sur l'éventualité du classement du sida comme maladie professionnelle. La lettre précise que «*l'application de la notion de maladie professionnelle semble, de prime abord, bien adaptée à l'infection par le HIV car le fait, pour celui-ci, de détruire le système immunitaire de l'individu et d'entraîner la survenue d'une série de maladies, s'inscrit bien dans le cadre d'une pathologie.*» Mais «*les difficultés d'élaboration d'un tableau de maladie professionnelle relatif au HIV sont considérables... Il n'est pas prouvé actuellement que le HIV se transmette en milieu de travail par simple contagion et sans qu'il y ait «accident». Il paraît donc prématuré d'instituer au moyen d'un tableau, une présomption de corrélation entre certains travaux et la survenance d'une séroconversion.*»

Plusieurs conditions

Le cadre retenu par la Direction de la Sécurité Sociale est donc celui de l'accident du travail puisque «*l'infection par le HIV peut être considérée comme la conséquence d'un fait accidentel.*»

Cependant, une contamination professionnelle ne peut être retenue que si elle répond à plusieurs conditions. Il faut tout d'abord «*qu'un fait localisable avec précision dans le temps entraîne une lésion susceptible elle-même de provoquer la contamination (exemple de l'infirmière qui se pique, par inadvertance ou maladresse, avec une aiguille ou du chirurgien qui, lors d'une opération, est soumis à une projection inopinée de sang ou de liquide biologique contaminé sur une muqueuse ou une lésion ouverte).*»

Il faut également «*que ce fait accidentel soit perçu sur le moment comme potentiellement dangereux au regard de la contamination par le HIV et qu'il soit déclaré dans les 48 heures à l'organisme de Sécurité Sociale, avec un certificat médical initial décrivant l'état de la victime et les conséquences de l'accident ou les suites éventuelles.*» Pour assurer un remboursement des examens au titre de l'assurance-accidents du travail, il ne suffit donc pas que le fait accidentel soit porté sur le registre de déclaration des accidents bénins tenu par l'entreprise. Il est également indispensable «*qu'un premier test de séropositivité soit pratiqué, sur prescription*

médicale et avec le consentement de la victime, dans un délai maximum de huit jours après l'accident». Ce test doit respecter les règles de confidentialité dictées par les pouvoirs publics. Son résultat, quel qu'il soit, doit être communiqué par écrit à la victime et par celle-ci au contrôle médical de la caisse de Sécurité Sociale, sous pli confidentiel. Le test de dépistage doit être répété sur prescription médicale tous les trois mois, «dans le délai habituel de séroconversion, c'est à dire dans l'année qui suit l'accident». Si on constate une séroconversion, celle-ci doit être immédiatement déclarée à l'organisme de Sécurité sociale, accompagnée d'un certificat médical.

Une prise en charge différenciée

Le document ministériel établit également que la séropositivité éventuelle doit être «corrélée à l'accident déclaré à l'origine». Il est précisé que «cette corrélation est à la charge du salarié car les lésions consécutives à un accident ne sont, en l'état actuel de la jurisprudence, présumées liées à cet accident que dans «un temps voisin» (cassation sociale, 9-12-1954 et 25-01-1962). Elle peut cependant être considérée comme hautement probable lorsque, en dehors même d'autres investigations souhaitées par le médecin-conseil, le test pratiqué au moment de l'accident s'est révélé négatif et que, dans le délai de séroconversion, un des quatre autres tests est positif. En revanche, dans toute autre hypothèse et particulièrement dans le cas où l'un des tests n'aurait pas été effectué ou l'aurait été hors délai, il semble que la relation de causalité entre l'accident initial et la séroconversion soit extrêmement difficile à établir et doive être soumise, dans les conditions définies aux articles L141-1 et suivants du Code de Sécurité Sociale, à un expert dont les compétences en matière de diagnostic et de traitement de la maladie sida soient reconnues».

Concernant la prise en charge de l'infection professionnelle par le HIV, la lettre opère une distinction «entre les individus porteurs asymptomatiques du virus et ceux atteints d'une des maladies opportunistes contractées à un stade ultérieur et classées dans le groupe III et IV du tableau clinique de la maladie élaborée par les CDC d'Atlanta». Le document établit que «la séropositivité sans signe clinique ne saurait constituer à elle-seule un facteur d'incapacité permanente ou partielle. Elle n'est donc pas réparable sous forme d'une indemnité en capitale ou d'une rente» (prestations en espèce). En revanche, les prestations en nature doivent être prises en charge au titre de l'assurance-accidents du travail: «examens cliniques répétés, surveillance de l'immunité cellulaire, voire suivi psychologique».

En cas de contamination professionnelle entraînant un sida avéré, «il convient de prendre en charge les maladies directement imputables au sida. Eu égard à leur gravité, leur indemnisation pourra donner lieu à l'attribution d'une rente. Toutefois, compte tenu de l'évolutivité parfois rapide de ces pathologies mais aussi des périodes de rémission qu'elles autorisent, le malade devra faire l'objet d'un suivi particulier et continu de la part du contrôle médical».

Ces directives définissent strictement la prise en charge de l'infection par le HIV au titre de la législation sur les accidents du travail. La lettre ministérielle est accompagnée d'un protocole d'exploitation statistique qui permettra d'établir une estimation quantitative et qualitative de l'indemnisation des risques professionnels liés au sida, notamment

chez les aides soignants, les infirmiers, les médecins et chirurgiens, le personnel de laboratoire et le personnel d'entretien des hôpitaux, des cliniques, des dispensaires et des laboratoires.

L'ensemble de ces mesures émane principalement du Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels, organisme paritaire composé de représentants d'employeurs, de salariés et d'experts scientifiques, qui avait réalisé la brochure «Sida et travail» diffusée en avril 1989. Membre de ce conseil, le Dr Buisson estime que l'inscription du sida dans un tableau de maladie professionnelle aurait pu entraîner des conséquences difficilement maîtrisables: en raison de la présomption d'imputabilité, si la contamination au HIV avait été classée maladie professionnelle pour un secteur d'activité déterminé, cela signifiait que tous les salariés de ce secteur, en cas de séroconversion, relevaient *a priori* d'une prise en charge au titre de la garantie du risque professionnel, sauf à pouvoir prouver de manière certaine que la contamination avait une autre origine. Le Dr Buisson souligne que dans cette éventualité, il aurait été très difficile de dissuader les employeurs de pratiquer une politique de dépistage systématique du HIV pour leurs salariés, aussi bien à l'embauche que dans le milieu de travail. E.L.

25 cas officiellement recensés

Au 30 juin 1989, 25 cas de contamination professionnelle prouvée ont été publiés dans la littérature mondiale. Sur ces 25 cas, 18 font l'objet d'une étude documentée établissant une séroconversion après un incident comportant une exposition au sang: onze piqûres avec des aiguilles infectées, deux coupures, trois projections de sang sur une peau lésée et deux projections de sang sur des muqueuses.

Parmi ces 18 cas publiés, trois sont français et treize sont américains. Depuis 1983, les CDC (Centers for Disease Control) d'Atlanta mènent une enquête prospective parmi le personnel soignant hospitalier ayant eu un accident avec contact sanguin. Au 31 juillet 1989, l'enquête incluait 1 201 sujets volontaires. Quatre d'entre eux se sont révélés porteurs d'anticorps anti-HIV, sans qu'aucun autre facteur que professionnel de contamination n'ait pu être établi. Dans trois cas seulement, une séroconversion a pu être prouvée.

Ces données ont permis d'apprécier le risque de transmission à partir d'un incident contaminant. Il est estimé à 0,33% pour tous les incidents confondus et à 0,38% pour les piqûres. Cependant, dans un article publié par l'*International Herald Tribune* le 17 janvier 1990, le responsable de l'agence de lutte contre le sida d'Atlanta, David Bell ainsi que des médecins du secteur hospitalier estiment que les chiffres publiés par les CDC sur la contamination professionnelle (19 pour les USA et 27 dans le monde) sont nettement sous-évalués. David Bell donne deux raisons principales à cette sous-estimation: les non-déclarations des personnels soignants, par peur de perdre leur emploi ou leur clientèle et les critères extrêmement restrictifs des CDC pour déterminer l'origine professionnelle d'une contamination.

Accident du travail - maladie professionnelle

Deux logiques distinctes

S'ils donnent lieu aux mêmes prestations, les accidents du travail et les maladies professionnelles procèdent de deux logiques distinctes: l'accident du travail est lié à une cause ponctuelle et délimitée, tandis que la maladie professionnelle est définie *a priori* et découle des conditions de travail usuelles d'une profession.

Les indemnisations pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, comme pour les accidents du trajet, sont prises en charge par les organismes de Sécurité Sociale, en particulier les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM). Elles sont couvertes par des cotisations qui relèvent exclusivement de l'employeur.

Selon la législation en vigueur, le Code de la Sécurité Sociale (CSS) et le Code du Travail, la garantie des risques professionnels bénéficie à «*toute personne salariée ou travaillant à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise*» (CSS, art. L411-1). Elle s'applique donc en principe à «*toute personne se trouvant sous la dépendance et la subordination, au sens large*» d'un employeur.

La recherche des origines

Est défini comme accident du travail proprement dit, «*quelqu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail*» (CSS, art. L411-1). L'accident du travail nécessite un fait générateur précis lié à l'activité professionnelle. Au fil de l'abondante jurisprudence de la Cour de cassation, ce fait accidentel est circonscrit aux «*liaisons corporelles dues à l'action d'une cause extérieure soudaine et généralement brutale*». Ce caractère de soudaineté distingue l'accident du travail de la maladie professionnelle: il y a un accident quand le dommage apparaît brusquement, avec une date et une origine certaines. En revanche, donnent lieu à un classement comme maladies professionnelles les dommages dont l'origine n'est pas nettement identifiable. C'est le cas des lésions provoquées par un contact prolongé avec des outils, par la manipulation de produits ou bien encore par contagion. Sont notamment recensées dans la liste des maladies professionnelles indemnisables les «*affections professionnelles dues aux bacilles tuberculeux*», les «*hépatites virales professionnelles*», la poliomyélite ou bien encore les «*maladies infectieuses contractées en milieu d'hospitalisation*».

Ont le statut de maladies professionnelles uniquement celles qui sont inscrites et définies avec préci-

sion, par décret ministériel, dans des tableaux indexés au Code du travail. Pour chaque maladie, ces tableaux fixent les délais *minima* d'exposition au risque et de prise en charge, ainsi que les travaux exposant à ces risques, à titre tantôt indicatif, tantôt limitatif. La date de la première constatation médicale est considérée comme la date initiale du droit à réparation.

Usuellement, la déclaration d'un accident du travail doit se faire au plus tard à l'employeur dans les 24 heures après les faits, la déclaration d'une maladie professionnelle dans les quinze jours après la constatation médicale et à la caisse de Sécurité sociale. De plus, tout médecin est tenu de déclarer tout symptôme et toute maladie qui présentent à son avis un caractère professionnel (CSS, art. 461-6).

De l'administration de la preuve au versement des prestations

En principe, la victime d'un accident doit en démontrer l'existence mais n'a pas à en prouver l'origine professionnelle. Il y a «*présomption d'imputabilité*»: tout préjudice survenu au temps et au lieu de travail est supposé résulter d'un accident du travail, sauf à prouver le contraire. De même, l'origine professionnelle d'une maladie est présumée si la maladie est inscrite aux tableaux officiels et qu'il y a eu exposition à ce risque. En cas de contestation, c'est donc à l'employeur ou à la caisse de sécurité sociale de rapporter la preuve que l'affection n'a été ni provoquée ni aggravée, directement ou indirectement, par l'exercice du travail. L'employeur a tout intérêt à contester l'origine professionnelle d'un accident puisque le coût de son indemnisation se répercute directement sur le montant de ses cotisations; montant fixé par les caisses d'assurances maladie. D'autre part, une enquête doit obligatoirement être demandée par la caisse de Sécurité Sociale dès lors que la blessure paraît devoir entraîner la mort ou une incapacité permanente totale de travail.

Les prestations touchées par la victime d'un accident de travail sont de deux sortes: les «*prestations en nature*», versées avec ou sans arrêt de travail, comportent la couverture des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, de transport et, d'une manière

générale, la prise en charge des dépenses occasionnées par le traitement, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement de la victime. Ces frais sont pris en charge par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie selon le système du « tiers payant » (sans que le salarié ne fasse d'avance), sans ticket modérateur et avec des tarifs de remboursement spécifiques.

S'ajoutent à cela les « prestations en espèce », indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail ou bien rente d'incapacité permanente, variable selon le taux d'incapacité reconnu. Ces indemnités peuvent être modifiées en cas d'aggravation de l'état de santé quand cette rechute est en rapport avec l'accident et sans autre cause extérieure. Si l'accident est suivi d'un décès, instantané ou du à une aggravation progressive, les ayants droit peuvent bénéficier du remboursement des frais funéraires, d'un capital-décès, ainsi que d'une rente.

Les indemnités en cas d'accidents du travail sont

également susceptibles d'être réévaluées quand il y a une faute imputable à l'employeur ou au salarié. La victime peut demander des réparations civiles à son employeur en cas de « faute intentionnelle », faute grave qui implique nécessairement la volonté d'accomplir un acte dommageable et d'en avoir prévu les conséquences.

En revanche, si l'accident est dû à une faute intentionnelle du salarié, celui-ci n'a droit à aucune prestation au titre de la législation sociale sur les risques professionnels. D'autre part, en cas de « faute inexcusable » du salarié, les rentes d'accidents du travail peuvent être réduites, ou bien au contraire majorées en cas de « faute inexcusable » de l'employeur. Les fautes inexcusables, distinctes des précédentes par l'absence de caractère intentionnel, sont, selon la Cour de cassation, d'une gravité exceptionnelle et découlent notamment d'un défaut de précaution, d'un défaut de protection ou de surveillance ou de la violation d'un règlement de sécurité. E.L.

Professionnels de santé

Les règles d'hygiène à suivre

Une circulaire du ministère de la Santé rappelle les règles d'hygiène indispensables à la prévention du risque de contamination par le HIV dans les milieux professionnels de la santé, notamment pour les personnels soignants.

Dans une circulaire datée du 3 août 1989, la Direction Générale de la Santé (DGS) répertorie les règles d'hygiène relatives « à la prévention de la transmission du HIV chez les personnels de santé ».

Cette circulaire précise tout d'abord les conditions de survie et d'inactivation du HIV: « bien que fragile, le virus peut survivre plusieurs jours à l'air libre, à température ambiante. Il est inactivé par la plupart des désinfectants chimiques de la même façon que les autres virus à enveloppe. Il est sensible à la chaleur mais il est toutefois radio-résistant ».

Pour les procédés chimiques d'inactivation, les produits recensés, avec une efficacité qui demande des délais variables, sont: les désinfectants à base d'aldéhyde à la dilution d'emploi de 0,5% à 1%, l'alcool éthylique à la concentration de 50% ou de 70%, les produits à base de dérivés de phénols à 0,5%, l'hypochlorite de sodium (eau de Javel) en solution à 0,1%, les iodophores, l'eau oxygénée diluée à 6% et les ammoniums quaternaires à 0,1%.

Concernant les procédés physiques d'inactivation, la circulaire indique qu'après chauffage à 56°C pendant 30 mn, l'activité du virus n'est plus détectable. Par contre, les rayons ultraviolets sont sans effet sur le HIV, même aux doses supérieures à celles utilisées habituellement dans les laboratoires.

La circulaire précise que la désinfection chimique ne s'impose pas dans les activités quotidiennes menées en contact avec des personnes atteintes du HIV. En revanche, cette désinfection est nécessaire en cas de contamination certaine ou potentielle, « lorsque la peau, des objets, des surfaces solides, des textiles, etc., ont été atteints par du sang, du sperme, des excréments (le pus, par exemple) ou des sécrétions, surtout sanguinolentes, provenant des personnes à haut risque. La désinfection n'est efficace que si elle est précédée d'un nettoyage ».

Le document de la DGS rappelle un ensemble de règles d'hygiène pour la prévention de la transmission du

HIV. Il s'agit de «*précautions universelles*» qui, pour être pleinement efficaces, doivent être généralisées et non pas limitées aux seules personnes supposées séropositives.

Dans les milieux de soins, il est recommandé de respecter scrupuleusement les règles suivantes:

- ne pas recapuchonner les aiguilles,
- ne pas dégager à la main les aiguilles des «vacutainers» ou des seringues,
- toujours recueillir les objets piquants, tranchants dans des conteneurs adaptés, imperforables, incinérables et de taille adéquate,
- porter des gants toutes les fois où l'on aura un contact avec du sang, des liquides organiques ou des muqueuses ou avec des surfaces ou du matériel souillé et lorsque les mains sont lésées,
- couvrir toute plaie,
- porter une blouse, un masque et des lunettes en cas de risque de projections (aspiration, endoscopie, obstétrique...),
- se laver les mains avant et après chaque soin et immédiatement après un contact avec du sang ou des liquides biologiques en utilisant de l'eau et du savon puis un désinfectant,
- en cas de projections de sang ou de liquides biologiques, décontaminer immédiatement les surfaces avec de l'eau de Javel, dont les bains doivent être renouvelés quotidiennement.

D'autre part, «*les personnels qui présentent des lésions suintantes ou exsudatives cutanées des mains ou du visage doivent éviter absolument le contact avec les patients tant que les lésions persistent.*»

Lieux et pratiques spécifiques dans les laboratoires

Pour les laboratoires et le transport des prélèvements, la circulaire de la DGS estime que «*tous les prélèvements de tous les patients doivent être considérés comme s'ils étaient contaminés*». Les personnels de laboratoire doivent donc prendre en toute circonstance, outre les mesures de décontamination et de désinfection évoquées pour le personnel soignant, les précautions suivantes:

- les prélèvements de sang ou de liquides biologiques doivent être placés dans un récipient hermétique durant leur transport,
- toutes les personnes qui les manipulent doivent absolument porter des gants et, s'il existe un risque de contact par projection, porter des masques et des lunettes de protections,

- ne jamais «pipeter» à la bouche,
- enlever les vêtements ayant subi des projections avant de quitter le laboratoire.

Dans les laboratoires de biologie et de recherche, «*un niveau de confinement plus élevé est nécessaire. L'utilisation des hottes à pression négative pour la manipulation des prélèvements sanguins non inactivés est très vivement recommandée*».

D'autre part, «*le diagnostic virologique établi par isolement du virus en co-culture avec des lymphocytes doit être pratiqué dans une enceinte de sécurité microbiologique de type III, conforme à la norme AFNOR NX 41-201: postes de sécurité microbiologiques au sein d'un laboratoire d'accès contrôlé. Les cultures de lymphocytes effectuées pour le suivi des malades dans les centres hospitaliers qui pratiquent les cultures du virus eux-mêmes, en particulier pour la préparation de réactifs et les recherches destinées à la mise au point d'un vaccin ne doivent être réalisées que dans un laboratoire de confinement, tel qu'il est préconisé pour la manipulation de micro-organismes de classe 3 dans le projet de norme AFNOR PR X 42-080.*»

Désinfection des surfaces souillées et manipulation des linges

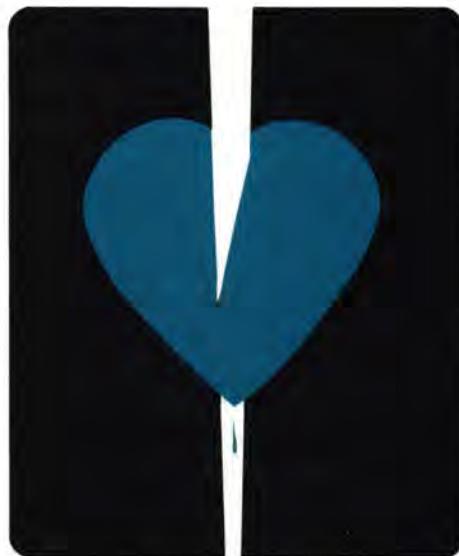
Par ailleurs, toute personne qui participe ou assiste à une autopsie ou à une manipulation mortuaire doit porter gants, masque, lunettes protectrices, blouse et tablier imperméable.

De manière générale, les surfaces souillées par du sang ou des liquides biologiques doivent être nettoyées avec des produits efficaces, l'eau de Javel étant, selon la DGS, le meilleur agent désinfectant.

Pour le linge, un lavage à 70°C pendant 25 mn ou en utilisant de l'eau de Javel à basse température sont nécessaires. Le linge souillé doit être manipulé avec une surblouse et des gants et transporté dans des sacs hermétiquement clos dont la solidité a été éprouvée. Le document recommande également d'examiner, «*si possible*», le statut sérologique d'un patient dont le sang a pu être contaminant.

En conclusion, la circulaire de la DGS demande que la mise en œuvre de l'ensemble de ces règles soit assurée, notamment par les infirmières surveillantes hygiénistes et les infirmières générales, en étroite collaboration avec les Comités d'hygiène, de sécurité et de conditions de travail. EL

Préservez-vous



et luttez avec nous contre le SIDA.



Association pour la Recherche Clinique contre l'AIDS-SIDA et pour sa Thérapeutique
57, rue Saint-Louis-en-l'Isle - 75004 PARIS - Tél : (1) 43.54.67.15
Association loi 1901 - n° 85 / 3088 - J.O. du 9.10.85
Titulaire d'un compte d'association à la Fondation de France n° 06 0745

----- ✂
OUI, JE PARTICIPE À L'ACTION D'ARCAT-SIDA

Nom :
Adresse :
Montant du don :

Je recevrai un reçu me permettant une réduction dans la limite de 1% de mon revenu imposable.

Première véritable campagne en Belgique

Les témoignages mis en avant

La Communauté Française belge a diffusé sa première véritable campagne de communication sur le sida au cours de ces deux derniers mois. Comme en Suisse et en France, cette campagne repose sur des témoignages.

«*Contre le sida, on peut tout se dire*»: c'est la signature de la dernière campagne de communication de la Communauté Française belge. Elle était composée d'une série de 25 spots, d'une durée de 20 à 30 secondes. La campagne mettait en scène différentes personnalités francophones belges: écrivain, comédien, journaliste, prêtre ou pilote automobile. Chaque spot débute par le portrait de l'intervenant en plan américain (cadrage de la tête à la ceinture). Puis la caméra «zoome» pour terminer sur un cadrage en plein visage. Le spot s'achève par la signature «*Contre le sida, on peut tout se dire*», ainsi que par la mention «*Ministère de la Santé de la Communauté Française*». Chaque texte est personnel. Le ton varie selon les intervenants mais le message se résume toujours par ces mots: préservatif et solidarité.

Muriel Dacq, chanteuse: «*En amour, un plus un, ça peut donner trois et puis un enfant désiré, c'est tellement mieux. Mais depuis le sida, un plus un, ça risque de faire zéro. Alors, un plus un, plus un préservatif, on reste à deux.*»

Jean-Claude Drouot, metteur en scène: «*Je crois que nous manquons d'amour; le sida n'est pas une fatalité, c'est une maladie, ça n'est ni une malédiction, ni une punition divine. Ceux qui en sont atteints, ceux qui en*

souffrent, ne les séquestrons pas dans le ghetto de leur solitude et de leur angoisse. Nous sommes dorénavant tous concernés. Regarder en face et combattre de front le sida ne nous changera pas en statue de sel.»

Jean-Louis Sbille, comédien: «*Le préservatif, c'est chic, la capote, c'est tof, le condom, c'est le nirvana. En fait, le préservatif, y a pas à dire, mais c'est bandant... et puis le préservatif, c'est tellement mode!*»

La gratuité à été «difficile à arracher»

Diffusés durant les mois de décembre 1989 et de janvier 1990, ces 25 spots en noir et blanc sont passés sur les ondes de *Télé-Bruxelles*, de *RTBF (Radio-Télévision Belge Francophone)* et de *RTL-Télévision (Radio-Télé Luxembourg)*. *RTBF* et *RTL-Télévision* ont offert chacune pour les deux mois 24 passages. *Télé-Bruxelles*, télévision régionale touchant environ 850 000 téléspectateurs, diffuse un spot par programme de 45 minutes, ce dernier étant répété en boucle, de 18 heures à une heure du matin. Vincent Magos du cabinet ministériel se dit «*contre l'achat d'espace*», mais avoue que la gratuité des passages a été «*difficile à arracher*». Et ajoute que, selon lui, le sida «*est l'affaire de tout le monde, chacun doit y mettre du sien*».

La conception a, elle aussi, été gratuite. Seuls les frais

B R E V E

B R E V E

Une brochure «*Pour une sexualité sans crainte*»

Le Conseil général de la Seine-Saint-Denis vient de publier une brochure intitulée «*Pour une sexualité sans crainte*» destinée essentiellement aux jeunes de ce département.

Elle présente les centres d'information, de prévention et de soins en Seine-Saint-Denis et donne les «adresses

utiles» en matière de maladies sexuellement transmissibles (MST), contraception, interruption volontaire de grossesse (IVG), sexualité, fertilité et sida.

Rens.: Service de la Prévention et des Actions Sanitaires, secrétariat du Dr Ginot, Mme Lefebvre. Tel.: 48 95 73 35 ou 36.

Campagne de la mairie de Nice

La municipalité de Nice annonce la mise en place d'une campagne d'information et de prévention qui devrait se dérouler du 20 mars au 3 avril 1990.

Sont prévus une campagne d'affichage et la diffusion à 200 000 exemplaires d'une «*brochure synthétique sur le sida, s'adressant au grand public mais aussi à des populations ciblées: les adolescents, les femmes, à travers la relation mère-enfant, et les toxicomanes.*»

Des conférences, des projections-vidéo et des tables rondes s'adresseront à un large public et des programmes d'éducation pour la santé devraient être proposés aux adolescents des lycées et collèges et aux étudiants. Des artistes et des sportifs devraient s'associer à cette action, notamment lors du marathon international de Nice qui se tiendra le 1er avril prochain.

Mairie de Nice, 06074 Nice cedex, tél: 93 13 20 00

techniques ont été payés. La Communauté Française belge a consacré à la communication contre le sida, en 1989, un million et demi de francs belges (environ 250 000 francs français) ; son budget général, toutes activités confondues, étant de 50 millions (soit approximativement 800 000 francs français).

Augmenter le degré d'identification

Peu d'antécédents existaient en matière de communication en Belgique: une première campagne choc sur le préservatif, inspirée des Britanniques, avait été mise en place il y a trois ans, associant un spot télévisé et un dépliant, suivis par un deuxième spot télévisé toujours sur le préservatif.

En janvier 1989, les communautés francophone et flamande ont été nommées séparément responsables d'un budget couvrant la prévention (tandis que l'hospitalisation restait à la charge du gouvernement).

En juin dernier, la Communauté Française réunissait un groupe de travail francophone chargé d'examiner les possibilités d'échange de programmes d'éducation pour la santé dans le domaine du sida entre les pays de langue française. Favorablement impressionnée par une campagne suisse qui donnait la parole à plusieurs personnalités, la Communauté Française décidait de

l'adapter à la Belgique en collaboration avec une association belge, Infor-Sida.

Cette dernière s'est donnée pour objectif, en plus d'actions directes sur le terrain, de susciter des campagnes d'information grand public sur le sida en langue française. A cette fin, Infor-Sida a rassemblé une équipe de professionnels de la communication issus de plusieurs agences de publicité. Cette équipe bénévole a créé la signature «*Contre le sida, on peut tout se dire*». La réalisation technique du spot a été confiée à *Télé-Bruxelles*.

Selon le ministère de la Santé de la Communauté Française, les premières réactions ont été «*très positives*». Michel Jocquet, de *Télé-Bruxelles*, met «*la qualité de la campagne*» sur le compte de «*la qualité des intervenants, très motivés, très impliqués*».

La deuxième étape de cette communication visera à augmenter «*le degré d'identification et d'acceptabilité des spots*» en donnant la parole aux gens de la rue, à des séropositifs ou à leur entourage. Tous seront francophones. Contrairement à la Suisse, où les campagnes sont traduites en allemand et en italien, il n'existe aucune coordination entre les communautés francophone et flamande. Sauf lorsqu'il s'agit de discuter les budgets auprès des gouvernements.

Les prix UAP-Prévention 1989

Le 24 janvier dernier, l'association UAP-Prévention a décerné deux de ses prix 1989 à des actions de lutte contre le sida. Dans la catégorie «santé», un deuxième prix a été remis à Mmes Claudie Schneeberger et Micheline Pernet, aux Drs Dominique Abiteboul et Sophie Matheron, à ARCAT-SIDA et à la Direction du Personnel de l'Assistance Publique pour «*Le SIDA, questions-réponses*», guide destiné au personnel de santé.

Dans la catégorie «comportement», un troisième prix a été remis aux associations ARCAT-SIDA et ACCTES (Association de Coopération et de Coordination de Travaux d'Etudes sur le Sida) pour leur programme «CAPS» (Coordination d'Actions Prophylactiques contre le Sida). (Voir *SIDA 89* n° 10-11)

En outre, UAP-Prévention a décerné, dans la catégorie «santé», le premier prix à l'Association Pharmaciens sans Frontières pour sa campagne de récupération des médicaments inutilisés et le troisième prix à Mme Colette Vendrely et à son Atelier Audiovisuel d'Information Médico-Sociale pour un programme d'information sur la drépanocytose,

destiné aux jeunes malades et à leur famille.

Une mention spéciale a été décernée au Dr Philippe Bargain, directeur du Service Médical d'Urgence et de Soins et à la Direction Régionale des Douanes de l'Aéroport Roissy Charles de Gaulle-Aéroports de Paris, pour une méthode de détection des passeurs de drogue *in corpore*, en prévention de la toxicomanie.

Des troisièmes pris ex-aequo ont été remis dans la catégorie «Technique» à D.G.2.S. Industries pour «KS», un kit de sécurité pour porte de parking basculante, à la Société Artilin pour Artilin 3A, une peinture acaricide (prévention des maladies allergiques), et au Pr Michel Chateau pour une serrure mécanique haute sécurité.

Enfin dans la catégorie «Comportement», le premier prix a été attribué à la Ligue contre la Violence Routière de Vire pour une campagne de sécurité «Lit-auto-bébé» et le deuxième prix à l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme (Délégation Régionale Haute et Basse Normandie) pour une méthode globale de prévention santé en direction des élèves des classes CM1 et CM2.

Plates-formes revendicatives d'Act Up et de Positifs

Mesures d'urgence et droits des malades

Les associations françaises Act Up et Positifs ont, en guise de vœux, adressé aux pouvoirs publics début janvier leurs plates-formes revendicatives. A quelques points près, les revendications de l'une et l'autre s'inscrivent dans une même optique.

Qu'il s'agisse des «Douze mesures d'urgence contre le sida» d'Act Up ou des «Revendications pour une amélioration des conditions de vie et de traitement des personnes infectées par le virus HIV» de Positifs, l'objectif est le même: aiguillonner les pouvoirs publics et entreprendre une véritable concertation entre les acteurs impliqués dans la lutte contre le sida. Seule la tonalité des propos diffère: nettement plus incisifs chez Positifs, ils deviennent réfléchis et constructifs de la part d'Act Up qui affiche ici une politique d'ouver-

nent cette confusion, tel celui de «*syndrome attendant*». D'une manière générale, les deux associations se rejoignent sur certains thèmes, tels l'amélioration de la couverture sociale des personnes infectées par le HIV, la création de l'hôpital de soirée, le développement et la publicisation des processus expérimentaux, l'approfondissement de la collaboration entre les pouvoirs publics et les associations, en particulier dans le domaine de la prévention, où Act Up et Positifs préconisent une plus large distribution de préservatifs.



ture en direction des pouvoirs publics. Les principes décrits par Act Up entrent dans le cadre «d'un plan général et concerté, de type ORSEC». De son côté, Positifs s'efforce de recenser, de manière exhaustive, les «droits» des malades et les mesures médico-sociales à promouvoir. Mais un certain flou subsiste quant à la définition de leurs bénéficiaires. Le discours oscille en permanence entre une approche extensive, incluant tous les «malades» ou «patients» («... Le type d'approche menée ici à la maladie du sida doit être entrepris pour toute pathologie grave - cancer, sclérose en plaques, hémophilie») et un angle exclusif, qui confirme l'intitulé de l'association: «les séropositifs au service des séropositifs». Certains termes entretien-

Act Up demande la prise en charge à 100 % des personnes ayant développé un ARC, Positifs la réclame «automatiquement» pour «toute personne déclarée séropositive» et ajoute à cette disposition «l'attribution d'une pension à toute personne déclarée malade du sida ou d'un syndrome attendant», dans une situation défavorisée.

Dans le cadre de la prise en charge médicale et thérapeutique, Positifs demande que soient développés les hôpitaux de jour, les soins à domicile, les soins palliatifs et de faciliter l'accès des patients aux nouveaux traitements, qui doivent par ailleurs faire l'objet d'une acceptation libre et éclairée. Sur le plan de la prophylaxie, l'association édicte un certain nombre d'impéra-

tifs et de recommandations censés respectivement s'imposer aux séronégatifs et aux séropositifs.

Act Up s'en tient, dans ce domaine, à souhaiter «*l'accélération du processus de mise sur le marché de la ddi*», le développement des «*médecines non conventionnelles*» et «*l'intégration des programmes de recherche sur le sida au programme Eurêka*». Dans le cadre de la politique de la santé publique, elle préconise une vaste augmentation des ressources, en personnel, formation et moyens.

En matière de prévention, Positifs souhaite une «*distribution gratuite et facilitée*» des préservatifs, des seringues et de la méthadone. Pour ce faire, elle envisage, comme Act Up, le développement de campagnes ciblées, en particulier auprès des détenus. Act Up

associe le ministère de l'Éducation Nationale à cet effort.

Cette association réclame enfin un «*bilan exhaustif et chiffré de l'épidémie*», tandis que Positifs dénonce systématiquement les mesures d'exclusion envers les personnes séropositives (en matière d'assurance, de droit du travail, d'accès aux soins...).

Ces initiatives s'inscrivent dans une stratégie volontariste, qui vise tout autant à définir les contours des structures dont elles émanent qu'à intensifier la pression sur les pouvoirs publics. M.A.

Act Up (Agir Conseiller Travailler Unifier Protéger): B.P., 75 822 Paris cedex 17. Tel.: 42 63 44 78.

Positifs: B.P. 63604, 75161 Paris cedex 04. Permanence téléphonique de 18 à 21 heures: 42 76 05 21.

Création de l'Association pour la Défense des Transfusés

Des personnes contaminées par le HIV à la suite d'une transfusion sanguine ont décidé début janvier de créer une association, l'Association pour la Défense des Transfusés (ADT). Cette association, présidée par M. Henri Caillavet et conseillée

par des juristes, a pour principal objectif «*le financement de l'indemnisation des victimes du sida contaminées par l'utilisation du sang et de ses dérivés*».

Association pour la Défense des Transfusés: 11, rue Bailly, 75003 Paris. Tel.: 40.27.84.44.

Une association en Lettonie

La première association publique de lutte contre le sida de Lettonie a été fondée en septembre 1989 à Riga, capitale de cette république soviétique. L'association «*Vie sans Sida*» a pour principaux objectifs de mettre en place une politique d'éducation en santé publique, de développer les méthodes de prévention et de traitement

du sida et de porter assistance à toute personne atteinte du HIV, notamment pour sa réhabilitation sociale et la prévention de toute discrimination.

Latvian National Association Life without AIDS: Riga Medical Institute, Laboratory of Immunology, 9, Kronvalda bulvaris, 226010 Riga, Latvia, USSR.

Date fixée pour les Etats Généraux

L'association «*Vivre le sida - Etats Généraux*» (voir *SIDA 89* n°10-11) a tenu une réunion d'information, le samedi 13 janvier dernier, au bar Le Duplex à Paris, à laquelle étaient conviées les principales associations de lutte contre la maladie. Seuls Act Up, Arcat-Sida, le Centre Régional d'Information et de Prévention sur le Sida (CRIPS) et le Patchwork des Noms avaient répondu à l'invitation. Les Etats Généraux, qui se proposent de «*rassembler et de donner la*

parole à tous ceux qui sont concernés par le problème que pose le sida», se tiendront le samedi 17 (de 10 à 19 h) et dimanche 18 mars 1990 (de 10 à 17 h) au Bataclan, 50 boulevard Voltaire 75011 Paris.

L'association lance actuellement une campagne pour appeler les personnes concernées à témoigner et poursuit sa prospection en matière de financement.

«*Vivre le sida - Etats Généraux*»: 46, rue René Boulanger 75010 Paris. Tel.: 45 47 73 00.

Pour nous joindre et envoyer vos témoignages:
Vivre le sida - Etats Généraux
46, rue René Boulanger 75 010 Paris
Tél: 45 47 73 00

Vivre Le Sida



Malades du sida,
séropositifs et proches,
nous avons
des choses à dire...

Témoignez!

au **BATACLAN**

50, Boulevard Voltaire 75011 Paris
samedi 17 mars de 10 à 19 h
et **dimanche 18 mars 1990** de 10 à 17 h.

Etats Généraux

La mise en scène médiatique du sida

De la peur au fatalisme

Parce qu'il a pris part au fonctionnement social, à tous ses niveaux, strates et degrés, le sida se situe dans un contexte de communication intense, où ses conséquences multiples entraînent une multiplicité de commentaires. Parmi les différents acteurs intervenant dans l'élaboration des discours et des représentations qui en résultent, les médias jouent un rôle fondamental. Par la mise en scène qu'ils opèrent, ils situent le sida dans un système de représentation indifférencié du dysfonctionnement social, où ils jouxtent le terrorisme, les agressions, voire les catastrophes naturelles. De cet amalgame des dangers résulte un fatalisme vis-à-vis de l'épidémie. Un fatalisme qui est accentué par le recours combiné à la «modernité» et à la peste pour décrire la maladie. Celle-ci est ainsi tout à la fois perçue comme «le prix à payer» de la civilisation et du progrès, et comme une manifestation du «grand mal» qui frappe chroniquement l'humanité. De l'impuissance et de l'inéluctable naissent le fatalisme qui, contrairement à la peur, conduit à un engourdissement de la pensée et de l'action. Par Anne Masseran*.

Le temps d'une décennie n'aura pas été nécessaire pour qu'une maladie soit consacrée «*épidémie du siècle*» (selon le titre du *Point* du 1/12/89) et pour que nous nous désignons par la locution «*génération sida*» (générique de la «*Soirée spécial sida*», FR3, 29/11/89). Dix années d'existence médiatique, pas tout à fait, et un virus jusqu'alors inconnu, dont nous parlons par slogans interposés, par formules déjà imposées - raccourcis des significations qui l'enserrent - prend part au fonctionnement social en s'inscrivant au cœur de nos préoccupations les plus quotidiennes. Il apparaît déjà de manière envisageable, «pensable», explicable, à défaut d'être acceptable et accepté, à défaut d'entraîner une gestion coordonnée et cohérente dans l'étendue de ses conséquences. Très rapidement, s'est tramée autour du sida une situation singulière où ses conséquences appellent sans cesse l'abondance d'un commentaire en tous lieux, du «café du commerce» aux imposantes présentations télévisées, sans pour autant que ses risques soient toujours bien compris ou exposés, ni que les campagnes de prévention aient un grand impact.

En étudiant quatre années de production journalistique concernant le «*phénomène sida*» (1984 à 1988 dans *L'Évènement du Jeudi*, *L'Express*, *Le Nouvel Observateur*, *Le Point*), nous avons été tentés de repérer certains mécanismes contribuant à la formation de ces discours émanant du public, où se mêlent des craintes et des doutes, des fantasmes et des raisonnements parfois contradictoires.

Bien évidemment, la presse ne représente pas l'unique facteur donnant lieu à ces réactions, elle participe à cette situation, en renforçant certains thèmes et en en sélectionnant d'autres. Et si son rôle est fondamental dans l'élaboration de ces représentations, il demeure toutefois complémen-

taire à celui d'autres instances (institutionnelles, politiques, religieuses...)

L'amalgame des dangers

A ses débuts, le discours médiatique relatif au sida confortait l'une des images dominantes de la médecine dans nos sociétés industrialisées: l'épidémiologie victorieuse de ces quarante dernières années et les progrès fulgurants effectués dans la connaissance du HIV semblaient garantir l'éradication définitive de ce dernier, dans les délais les plus brefs. Tout se passait comme si l'existence même du sida était, dès son apparition, déterminée par l'assurance de son éviction imminente.

Or, vers avril 1985, et plus sensiblement en juin 1986, sous le coup de déceptions successives (1), cette expectative optimiste cède le pas à une constante remise en cause de l'évolution de la recherche. En trois années d'intervalle, une perspective incertaine - «*l'espoir à tâtons*» (*Le Point* 25/04/88) - succède à l'optimisme d'un discours annonçant la découverte d'un vaccin dans un très proche avenir - «*Il pourrait voir le jour avant 1986*» (*Le Nouvel Observateur* 28/12/84). Le sida est toujours perçu comme un «*accident*» contrariant la linéarité de notre «*ère de bonne santé exceptionnelle*» (selon les termes de *L'Express* 05/06/87), mais il s'installe dorénavant dans la durée, se révélant insolent, défiant des acquis, qui pourtant paraissaient solides (médicaux mais aussi politiques, juridiques et sociaux: l'épidémie semble investir tout l'espace). La part des incertitudes en matière de connaissance et d'avenir du sida est alors d'autant plus prégnante que la presse les met en scène comme un renversement des termes. La médecine, représentée par le vaccin interdisant par anticipation l'accès au corps du virus, ne

semble plus, dans le discours médiatique, assumer cette précession sur les attaques pathogènes. Loin d'interdire le terrain du corps au HIV, la recherche et la pratique médicale se voient confrontées à une situation d'urgence, qui restreint leur action à l'atténuation des manifestations secondaires d'un mal qui s'est déjà approprié espace et temps.

«*Que savons-nous de la Sidatie, territoire occupé où se livre une des plus terribles guerres de notre temps? L'ennemi - le virus - l'a mis sous occupation frappant au plus haut niveau, désorganisant les défenses*» (*Le Nouvel Observateur* 30/10/87). Le virus est personnifié, présenté comme maître en son domaine, déterminant de son propre chef l'évolution future de l'épidémie et, par voie de conséquence, de la science.

Revitalisée par la médiatisation d'un facteur quasi-intelligent et doué d'une volonté hostile, la connaissance scientifique n'apporte qu'une explication parmi d'autres, légitime au même titre que les autres. Elle se voit déstabilisée dans son efficacité: «*Rien ne prouve que la biologie réussira à faire mieux que la nature*» (*L'Évènement du Jeudi* 31/07/86). Les appréhensions les plus diverses de l'épidémie, comblant les vides et les non-réponses imposés par la prudence scientifique sont, de ce fait, susceptibles de validation.

La mise en scène médiatique présente alors un virus faisant fi des étroites limites biologiques et psychologiques entre lesquelles il se trouve généralement consigné par la médecine. Le sida, dans ce mode de représentation, paraîtra être à même d'investir l'espace intra et extra-corporel. L'usage métaphorique de la maladie, couramment établi dans des domaines aussi divers que la politique ou la sécurité, nous offre un témoignage exemplaire d'une situation où, bien souvent, les mots précèdent la réalité.

Fatalisme et châtiement

Les dangers encourus quotidiennement se comprennent alors, dans un contexte où leur gestion s'étend à divers domaines, sur la base d'un mode d'explication indifférencié. Ces risques, qu'il s'agisse du terrorisme, des agressions, du sida, voire des catastrophes naturelles, ne seraient que les concrétisations - apparaissant sous des formes variables - du même dysfonctionnement *essentiel* de nos sociétés, de la manifestation de quelque présence latente et hostile à notre bien-être. Ils semblent prévisibles *a posteriori*, participant logiquement aux mécanismes de notre vie en société. Mais leur amalgame et leur «rationalisation» (rendue possible par cette fiction du «facteur malin») fondent le raisonnement sur un postulat fataliste: cela doit être et, à toutes causes égales, l'ultime conséquence est la mort.

C'est ce qui ressort des nombreux témoignages recueillis par la presse: «*En sortant d'ici, je peux avoir un accident de voiture, me faire enlever par des connards qui demanderont une rançon ou même m'empoisonner. J'adore les femmes, je ne vais tout de même pas m'arrêter de draguer à cause d'un virus*» (propos recueillis par *L'Évènement du Jeudi*

23/07/87). Bien évidemment, cette interprétation contribue à l'échec relatif des campagnes de prévention, car elle donne lieu à une attitude de soumission au mal. La réaction passive paraît d'autant plus légitime que les explications de ce type acceptent des entreprises de conceptualisation vulgarisées dans la presse à grand public.

Ainsi, la thèse qui présente le sida comme l'une des «*abréactions défensives*» de notre système se protégeant par ce biais contre une «*éventualité pire encore*», fait état d'une communauté des dangers souscrivant au type d'interprétation que nous venons de citer: «*Si le sida, le terrorisme, le krach, les virus électroniques mobilisent outre la police, la médecine, la science et les experts, toute l'imagination collective, c'est bien qu'ils sont autre chose que les épisodes d'un monde irrationnel. C'est qu'ils incarnent toute la logique de notre système, dont ils ne sont que les points de cristallisation spectaculaire*» (article du sociologue Jean Baudrillard dans le numéro hors série «*Spécial sida*», *Libération*, novembre 1989).

Par ailleurs, ce mode d'explication du sida résulte d'une combinaison de deux systèmes de référence antinomiques (mais non ressentis comme tels): la description de la maladie emprunte simultanément certains éléments à sa «modernité», au même titre que le cancer, et aux significations traditionnelles des anciennes épidémies, résumées dans l'analogie courante reliant sida et peste.

Le sida : maladie de la modernité

Comme nous venons de le dire, le sida prend les caractères du risque «logique», situé en adéquation avec l'ensemble des significations que nous prêtons aux dysfonctionnements de tous ordres. Il est alors une «*maladie moderne*», rendue possible par une urbanisation trop intense, la promiscuité et des modes de vie inadaptés à l'être humain. Ces discours véhiculent l'idée d'une société jugée malsaine, artificielle, oubliant les besoins essentiels - «naturels» - à la vie. Alors que l'individu aspire à son épanouissement, il s'en trouve déstabilisé par les sacrifices qu'implique la vie socialisée.

Le sida, dans ce cas, apparaît comme la cristallisation pathogène de tous ces sacrifices. «*La maladie du troisième type*» (*L'Express* 13/03/88) serait donc une contrepartie de la rationalité artificielle d'un système de normes, dont la légitimité est fragilisée par la remise en cause de leur efficacité. Le sida, tout comme précédemment le cancer, est perçu comme un cas limite révélant de manière tangible le «*malaise dans la civilisation*», qui résume, sous ce terme générique, l'ensemble des frustrations de l'humanité.

Ainsi, les schèmes pervertis d'une psychanalyse simplifiée offrent une grille d'explication infiniment disponible dans la mise en scène médiatique. Cette appréhension du phénomène entraîne aussi des entreprises visant à effectuer le partage des responsabilités. Si les hommes sont coupables dans leur égoïsme d'avoir attenté à l'intégrité de la nature - par la technicisation qui «l'oublie» ou la «blesse» - cette

culpabilité incombe particulièrement à certains individus ou comportements. Il s'agit des scientifiques et des politiques inconscients (2), mais aussi, de manière plus insinuante, de tous ceux qui souscrivent de manière visible à un mode de vie jugé communément non-naturel.

Les drogués et les homosexuels sont alors considérés comme les victimes *logiques* de la revanche de la nature: les premiers font usage de produits «chimiques» découvrant des paradis *artificiels* pour supporter le monde, les seconds mènent une existence «excessive», donc «profitent» des satisfactions permises par le flou social. Il paraît donc, *a posteriori*, prévisible que ce soit deux groupes de ce type qui aient d'abord été sanctionnés par le sida. Ces explications sont d'autant plus ambiguës qu'elles ne recouvrent pas un jugement - d'ordre moral ou autre - mais qu'elles semblent découler d'un simple constat. Le discours médiatique (et plus profondément encore idéologique, ou même celui du grand public) peut ainsi se donner les moyens de démêler l'écheveau des responsabilités: un homosexuel sera toujours plus responsable du mal qui le détruit qu'un hémophile qui, finalement, «n'a rien fait». «Ceux qui ont été transfusés à l'occasion d'une opération sont des victimes aussi «innocentes» que les hémophiles» (*Le Nouvel Observateur* 30/11/89). Peut-être s'agit-il là d'une porte laissée ouverte, inconsciemment, à la discrimination.

Le HIV matérialise de façon métaphorique, dans le même ordre de significations, le tribut à payer en dédommagement du progrès technique effectué ces dernières années. «Les catastrophes se sont succédées au fil des mois, marquant spectaculairement la fragilité des sociétés technologiquement avancées: grande panne de l'espace en Occident après le drame de Challenger et l'explosion d'Ariane, accident nucléaire en Union-Soviétique, pollution du Rhin. Le constat fait frémir, surtout quand, dans le même temps, les médecins lancent une alerte planétaire contre le sida» (*L'Express* 26/12/86). Il est intéressant de voir que la problématique de l'amalgame des dangers permet aussi l'instauration d'un discours, qui fera exister l'épidémie dans un espace qu'il détermine de manière quasi-scénique, lui offrant une situation adaptée aux grands thèmes de l'actualité. D'une part, le sida paraîtra ainsi compréhensible; loin de l'aspect déplacé de l'énigme d'une maladie nouvelle (3), il s'inscrit, de plus, dans des limites qui permettent de cerner son étendue et ses mécanismes (quelque soit le sens que prend cette connaissance), au moins de façon intuitive.

Analogie peste et sida

Mais si l'on croit connaître maintenant l'espace où évolue l'épidémie, cela ne l'empêche pas, par le biais d'une extension des possibles, de gagner des terrains inattendus (4): elle mine le corps mais paraît aussi déstructurer le social et mettre en déroute les différentes politiques de santé dans la mesure même où celles-ci s'en approchent. C'est dans ce contexte, notamment, que le discours aura

recours à l'analogie peste/sida. Contrairement au mode d'explication qui mettait en scène une «maladie moderne», conséquence logique du «malaise dans la civilisation» et des coups successifs portés au bon sens naturel, les significations mettant en scène la figure de la peste empruntent au sacré, au métaphysique, au traditionnel, bref à ce que Claudine Herzlich et Jeanine Pierret ont appelé «l'ancien régime du mal» (Cl. Herzlich, J. Pierret, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Payot, Paris, 1984). Si l'interprétation du sida en tant que maladie de notre modernité (et des «modernes») résulte d'une tentative de résolution du mal par son explication rationalisée, et donc tend à une responsabilisation de l'individu, l'analyse reposant sur une réactualisation de l'ancien régime du mal découvrira ses significations hors du champ social, dans la manifestation d'une entité supranaturelle. Elle contribuera à la résurgence de terreurs irraisonnées et fantasmatiques, issues d'une conception médiévale de la mort qui, sous la figure de la grande faucheuse, décime aveuglément l'intégralité d'une humanité impuissante; c'est alors «l'hécatombe» (titre du *Point* 13/06/88).

La socialisation de l'épidémie

Par ailleurs, l'imagerie médiévale véhiculée depuis les découvertes pasteuriennes, fournit un support solide à la représentation d'un virus infiniment hostile qui ne fait pas partie du corps qu'il ruine, l'attaquant depuis l'extérieur. De cette croyance, gauchissement de la connaissance scientifique, combinée à la figure de la grande faucheuse, résulte une mise en scène où l'épidémie transite du corps humain au corps social de façon analogique.

La maladie y est en effet perçue comme une manifestation de cette mort personnifiée et le virus, qui la résume, semble lui-même acquérir une volonté «intelligente» et hostile. «Avec eux (les virus), c'est la guerre froide, traversée de flambées d'agressivité. Chacun des belligérants adopte la stratégie la plus adaptée à la multiplication et à la survie de l'espèce. Ainsi, les virus ont-ils sélectionné le mode d'invasion dont ils tirent le plus grand profit» (*L'Express* 24/07/87). Autant le virus semble extérieur au corps sur lequel il s'abat, autant l'épidémie paraît être une manifestation du «grand mal» qui frappe chroniquement l'humanité, comme l'ont été précédemment la peste ou la variole.

Le sida révèle alors que la maladie et la mort sont de «retour», non pas de façon accidentelle, mais parce qu'elles prennent part à l'histoire de l'humanité et que nous les avons seulement oubliées. «Il paraissait évident que, devant le progrès extraordinaire de la médecine, toutes les maladies seraient vaincues les unes après les autres. Confusément, s'infiltra dans les esprits l'utopie d'une mort infiniment reculée, au point qu'elle était peu à peu bannie du langage, des mœurs et du spectacle de la cité. Or, depuis quelques années, la maladie revient (...). Enfin, voilà le sida» (*L'Express* 05/06/87). Dans ce schéma recourant à l'idée d'un destin apocalyptique, d'une cyclicité du rythme des catastrophes, du sida perçu comme un *fatum*, notre «ère de bonne santé»

n'était qu'illusoire et la maladie ne fait que reprendre sa place légitime dans le cours des choses.

Le recours à ce déterminisme à la fois historique et métaphysique participe, lui aussi, à l'entreprise de situation du sida dans un espace et un temps qui nous sont propres. Appréhendée sous cet éclairage, la maladie s'intègre dans la constitution d'une « ambiance » de fin de siècle et de millénaire. C'est donc en vertu d'un symbolisme relevant de nos croyances les plus séculaires et du regard que nous portons sur l'histoire que l'épidémie semble nous être due. « *A chaque fois que le monde - chrétien - change de millénaire, une grande peur s'empare de lui. Mais cette fois, à l'approche du XXIème siècle, elle paraît fondée: rien ne dit que les chercheurs pourront trouver avant longtemps les moyens d'en finir avec ce virus HIV qui double chaque année son nombre de victimes* » (*Le Nouvel Observateur* 20/03/87).

Le sida n'est plus alors une maladie, il est une facette de la maladie, compagne mythifiée de l'évolution de l'homme, éternelle et indestructible. Cette explication - qui s'impose d'ailleurs au mépris des spécificités pathologiques de la peste et du sida - lui confère un mode d'action détaché de sa réalité médicale et objective, transférant cette dernière dans l'univers des significations symboliques. Toute crainte et toute interprétation paraîtront dès lors trouver leur validation dans ce terreau malléable, d'où les assertions parfois fantasmatiques qui gravitent autour de la maladie.

La pensée et l'action inhibées

Dès lors, une question ne manque pas de se poser: face à cette idée d'un sida doué d'une volonté hostile, d'une résurgence du grand mal qui nous serait dû par l'histoire, toute tentative de prévention ne paraît-elle pas dérisoire, d'autant plus que nous semblons soumis à la fatalité de quelque destin qui s'ingénierait à remettre en cause le bien-être auquel nous accédons enfin? Des titres, tels que « *Grand mal, petits remèdes* » ou « *Ce n'est pas avec du caoutchouc qu'on arrêtera le sida* » (*L'Express* 16/01/87 et *L'Évènement du Jeudi* 02/07/87) semblent confirmer l'impression d'impuissance éprouvée devant l'omniprésence du visage de la grande faucheuse.

Par ailleurs, ces significations se trament bien loin de la maladie en tant que telle, mortelle mais aussi évitable (contrairement aux pestes médiévales), qui, malgré la subsistance de certaines incertitudes, ne constitue plus à proprement parler un mystère pour la recherche médicale.

Or, ce fatalisme est plus insidieux dans ses conséquences que la peur. Cette dernière entraîne une dynamique qui, quoiqu'elle soit négative et dangereuse, laisse encore subsister la possibilité d'une réaction, alors que le fatalisme impose la certitude qu'il existerait un destin inéluctable et prévisible. Dans cette situation, il ne peut plus être question ni de raisonnement, ni de libre-arbitre, ni même de réaction, donc, *a fortiori*, de prévention.

Il s'agit alors d'une manière d'engourdissement de la pensée et de l'action, d'une facilité face à laquelle toute explication

paraît effective, même si elle porte à des conséquences dangereuses, même si elle émane d'idéologies suspectes. L'un des dangers de l'attitude fataliste réside là, précisément: elle laisse la voie libre aux extrémismes de tous bords, dans la gestion et l'explication du sida.

Pourtant, les formules couramment utilisées pour désigner le sida charrient bon nombre de présupposés qui contrarient la réception de l'information et des arguments preventifs, parce qu'elles véhiculent la combinaison quasiment infinie des systèmes explicatifs que nous avons tenté d'analyser. C'est dans le langage même, dans les significations résumées par les mots institués que s'inscrit la dynamique déterminant notre perception de la maladie et de ses conséquences. Au travers des correspondances qu'elle impose, des significations qu'elle autorise, des images du sida qu'elle peut donner pour légitimes, la mise en scène médiatique permet l'insinuation de ces interprétations dans le discours concernant l'épidémie. Alors, corrélativement aux craintes irrationnelles et aux doutes, c'est l'attitude fataliste qui paraît parfois raisonnable.

*Sociologue, Anne Masseran travaille au sein du Groupe d'Etude et de Recherche sur les Sciences à l'Université Louis-Pasteur de Strasbourg. GERSULP: 4, rue Blaise Pascal, 67000 Strasbourg. Tel.: 88 41 62 84.



(1) C'est seulement alors que la presse semble s'apercevoir que la science est aussi affaire de recherches, de tâtonnements et d'incertitudes. Cela remet en cause l'assurance d'une solution imminente à la maladie.

De plus, l'annonce précipitée de résultats erronés correspondant à un vaccin ou à une thérapeutique curative - exemplaire dans la constitution d'une telle mise en scène médiatique - est ressentie comme la révélation d'un manque de sérieux scientifique.

(2) Plusieurs rumeurs, relayées par la presse à sensation, faisaient état de l'hypothétique création du HIV dans un laboratoire américain.

L'inconscience politique est un thème largement utilisé par les discours extrémistes visant à la législation des « sidatoriums », mais elle est aussi couramment abordée, sur un registre différent, dans les articles analysés portant sur le thème des « vérités qu'on vous cache » (*L'Express* 30/10/87)

(3) L'incessante recherche des origines du sida, le tracé géographique de son évolution, la traque de « celui par qui le sida arriva » (*L'Évènement du Jeudi* 16/06/88), qui sont des thèmes extrêmement médiatisés, témoignent de cette entreprise d'insertion de l'épidémie dans nos schèmes d'interprétation.

(4) L'ancienne définition de l'épidémie est ainsi réactualisée: sa gestion est impossible car elle prend un caractère illimité, elle est collective, imprévisible dans la durée et appelle inéluctablement la mort.

[Les intertitres sont de la rédaction]

L'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes propose une assurance «pour le jour où...»

Le contrat d'exclusion

Après *L'Art Dentaire Libéral* et la Fédération des Chirurgiens-Dentistes de France, en juillet dernier (voir *SIDA 89 n°8*), c'est au tour de l'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes (UJCD) de verser une nouvelle pièce au dossier de l'irrationnel et de l'exclusion qu'une partie de cette profession alimente régulièrement. Dans le numéro 189 (daté du 10 novembre 1989) de *Dentaire Hebdo*, l'UJCD annonce à la une: «*Sida, le premier contrat d'assurance pour les professionnels libéraux*». Avec ce contrat d'assurance, l'UJCD, qui compte près de 5 000 adhérents, réclame elle aussi la cessation de toute activité pour les chirurgiens-dentistes séropositifs.

C'est le vice-président de l'UJCD, le Dr Alphonse Klein, qui est, selon les termes de *Dentaire Hebdo*, «*le concepteur de ce nouveau produit*» avec lequel, estime-t-il, «*l'UJCD a su encore une fois innover et être la première des organisations professionnelles de santé à proposer une réponse concrète à un problème grave*». La réponse en question passe par l'AIDS, l'Association pour les Intérêts et la Défense de la Santé des professionnels libéraux, dont le but est «*que les professionnels libéraux et tout particulièrement les professionnels de la santé touchés par cette maladie, puissent répondre à leurs obligations morales envers la Société et aient la possibilité de cesser leur activité professionnelle, tout en leur offrant les moyens matériels de se reconvertir*». Pour cela, l'AIDS s'est associée avec le groupe d'assurance GIGNA, qui entend «*donner une nouvelle dimension à l'assurance*», et le cabinet EPA, qui se définit comme «*une société de prestation de services multiples et de courtage*».

Conditions de souscription

Ils proposent ensemble un contrat dans lequel «*l'assureur s'engage à verser à l'assuré atteint du virus du sida, 80% des honoraires perçus par l'assuré ayant donné lieu à déclaration fiscale professionnelle de l'exercice précédent ou de la moyenne des trois derniers exercices*». Ceci dans la limite d'un million de francs. La prime annuelle est de son côté calculée par l'application d'un taux sur les honoraires déclarés de 0,30%. Les conditions de souscription au contrat d'assurance proposé par l'AIDS supposent tout d'abord l'adhésion à l'association. Pour souscrire ensuite au contrat, il est nécessaire de passer un premier test de dépistage anti-HIV. Si celui-ci s'avère positif, la demande de contrat est refusée car, comme il est précisé, «*l'objet du contrat est de garantir tout membre de l'association, non porteur du virus du sida, à la souscription du contrat*». Si le résultat est négatif, le demandeur souscrit au contrat mais n'est pas encore assuré. Le délai de

carence est en effet fixé à six mois, au terme desquels il est nécessaire de se soumettre à un nouveau test de dépistage. S'il est négatif, le contrat prend effet. Si le test est positif, la demande d'adhésion est annulée. Contrairement à ce qu'affirme l'AIDS dans ses objectifs, ce contrat d'assurance ne concerne donc pas «*les professionnels de santé touchés par cette maladie*» mais, au contraire, ceux qui ne sont ni malades du sida, ni séropositifs et qui voudraient s'assurer contre le «risque» de le devenir peut-être un jour. Le problème de la confidentialité des données recueillies ne fait ici l'objet d'aucun développement.

Outre le fait que l'on peut s'interroger sur l'utilité d'un tel contrat spécifiquement lié à une pathologie (il n'en existe pas, par exemple, pour l'hépatite B, autrement plus contagieuse), la démarche de l'UJCD apparaît sujette à caution. D'une part, elle contribue à véhiculer parmi les chirurgiens-dentistes l'idée que leur pratique professionnelle est à haut risque de contamination par le HIV, ce qui n'est pas le cas si les mesures d'hygiène usuelles sont appliquées.

D'autre part, elle appelle à l'exclusion des chirurgiens-dentistes séropositifs de leur pratique professionnelle sous couvert de leur proposer «*les moyens matériels de se reconvertir*», proposition qui ne les concerne pas puisqu'ils sont *de facto* exclus du contrat d'assurance.

En fait de «*nouvelle dimension de l'assurance*», le contrat de l'AIDS ne se démarque en rien des usages de la profession d'assureur et semble se doubler d'une volonté d'exclusion. Car finalement, ne revient-il pas à créer une «*confrérie*» de «*professionnels libéraux*» séronégatifs? Il n'est pas alors inimaginable de penser que ses adhérents finiront par faire valoir, auprès de leurs clients, leur appartenance à cette «*confrérie*», et donc leur statut de séronégatif. Autant dire que les professionnels qui n'en seront pas membres se verront soupçonnés par les mêmes clients «*de cacher quelque chose*». L'exclusion n'en sera que plus inévitable et imparable. F.F.

Le point de vue d'un Chirurgien-Dentiste membre du Conseil de l'Ordre

Science et éthique: la double ignorance

Auteur des brochures sur le sida éditées par le Conseil de l'Ordre des Chirurgiens-Dentistes, le Dr Jean Torchinsky s'élève contre les discours professés dans *L'Art Dentaire Libéral* et *Dentaire Hebdo*.

La profession dentaire a été très tôt sensibilisée aux problèmes posés aux praticiens par les affections virales, anciennement connues ou récemment apparues. Elle y était bien préparée.

Depuis plusieurs années, de nombreux articles, fort bien documentés, paraissent dans la presse professionnelle. On aurait donc pu penser qu'il n'était plus possible, à des praticiens, d'ignorer les problèmes posés par l'infection à HIV. Or, plusieurs articles venant de paraître, montrent, de la part de leurs auteurs, autant une ignorance scientifique qu'une méconnaissance des problèmes éthiques. Confondant, volontairement ou non, l'affection à HIV avec le sida, ces articles prétendent obliger les confrères, qui auraient eu la malchance de devenir séropositifs, à interrompre immédiatement leur activité professionnelle.

Citons quelques uns de ces propos:

« - Dentaire Hebdo: ... un praticien déclarant sa séropositivité et touchant sa prime d'assurance pourra continuer à exercer aussi longtemps qu'il le désirera ... ou qu'il le pourra? - Dr Klein: Le libre choix revient au chirurgien-dentiste. La question se pose en terme d'éthique professionnelle. Malgré toutes les précautions que prendra un praticien séropositif, il nous paraît personnellement peu responsable de vouloir continuer à dispenser des soins. La profession a toujours su prendre ses responsabilités. De plus, il est évident que si la patientèle venait à apprendre la séropositivité du praticien, elle cesserait rapidement de fréquenter le cabinet. C'est pourquoi la couverture de ce nouveau risque par une assurance s'imposait. » (Dentaire Hebdo du 20 octobre, 10 novembre et 17 novembre 1989, propos réitérés dans plusieurs numéros du journal).

Un autre journal, sous le titre: «Vers un statut de chirurgien-dentiste sidéen», affirme:

«Qu'en contrepartie (d'une solidarité professionnelle), le praticien cesse son activité professionnelle pour être totalement disponible aux traitements que lui impose sa maladie, libéré du souci matériel et, par surcroît, levant toute suspicion sur l'ensemble de sa profession. Cette décision ramènerait, dans l'esprit du public, l'entière et indispensable confiance à l'harmonie des rapports entre chirurgiens-dentistes et patients. Cette fin d'activité serait assortie de la cession de son cabinet, qui pourrait se faire sous le contrôle et l'aide de son Ordre.» (Extrait de la thèse du Dr Marianne Petit).

En conclusion, on peut lire:

«Malheureusement, cette terrible maladie n'est pas la seule dans sa gravité et ses conséquences à peser sur le corps

médical et dentaire en particulier. C'est pourquoi il serait souhaitable que des dispositions similaires puissent être envisagées et étendues à l'avenir pour toute maladie contagieuse risquant de mettre en péril la population.» (*L'Art Dentaire Libéral*, juillet 1989).

Une peur irrationnelle

Tous les travaux scientifiques actuels ont démontré que l'infection à HIV ne peut se transmettre que par le sang, le sperme, les sécrétions vaginales et au travers du placenta. Il n'existe aucune exception connue à cette affirmation. La pratique professionnelle d'un praticien séropositif ne saurait, en aucun cas, constituer un risque pour son malade. Les propos qui invoquent ou insinuent qu'un tel risque existe, constituent autant de contre-vérités.

La clinique montre que, dans la plupart des cas, l'infection à HIV évolue lentement, laissant de longues périodes de silence clinique. Il est logique d'espérer que, dans l'avenir, de nouveaux traitements augmenteront notablement la durée de ces phases asymptomatiques. Imposer à des praticiens séropositifs une inactivité forcée est tout à la fois inepte et inhumain. On peut raisonnablement se demander quelles sont les motivations des auteurs des textes cités.

L'Art Dentaire Libéral mène depuis plusieurs années une campagne obstinée suggérant aux praticiens de ne pas soigner les malades séropositifs. L'exclusion est chez eux une véritable obsession: soigner un malade séropositif, c'est «jouer à la roulette russe avec un revolver de gros calibre»; «Je ne veux pas mourir pour 74 francs dix centimes» (Dr Donnat).

L'acharnement à mener une telle campagne ne trouve d'excuses que dans la nullité scientifique: comment justifier une telle violence à propos du sida, alors que ce journal a toujours conservé un silence pudique sur les problèmes posés par l'hépatite B?

Une peur irrationnelle, des *a priori* idéologiques leur tiennent lieu de raisonnement.

Il est beaucoup plus étonnant de trouver une démarche d'exclusion dans *Dentaire Hebdo*, journal de l'UJCD (Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes), habituellement mieux inspiré. Comment le Dr Klein, vice-prési-

dent national de l'UJCD, n'a-t-il pas lu les excellents articles scientifiques parus, à plusieurs reprises, dans son propre journal et qui montraient les mécanismes de contamination par le HIV? Nous laisserons aux membres de l'UJCD le soin de répondre à cette question. Aux données scientifiques viennent se superposer les considérations éthiques: une recommandation vient d'être adoptée par le Comité des ministres des 23 Etats membres du Conseil de l'Europe. Elle situe le problème du sida dans le contexte d'une stratégie préventive d'ensemble. Ce texte considère, en particulier, comme inacceptables:

- le refus de la part de professionnels de santé de soigner les patients atteints par le HIV,
- la discrimination à l'encontre des porteurs du HIV dans les services de santé, dans les milieux de l'éducation et du logement. Une personne porteuse du HIV et ne présentant pas de symptômes pathologiques liés au sida doit être considérée et traitée comme un travailleur normal, apte au travail. Les problèmes liés à la contamination par le HIV sont suffisamment importants pour que nous ne les laissions pas devenir un tremplin pour des assoiffés de pouvoir, ni un «créneau porteur» pour de bonnes affaires. Jean Torchinsky

Une thèse controversée

«Le risque psychiatrique de transmission»

Le 10 novembre dernier, le journal *La Presse Médicale* publiait un éditorial intitulé «Les aspects psychiatriques de l'épidémiologie du sida» signé par M.P. Haroche, psychiatre. Par bien des aspects, cet article pose problème. Schématiquement, M.P. Haroche y défend l'idée que, considérant que les politiques de prévention adoptées en Occident sont des échecs et qu'il existe des personnes séropositives «à haut risque psychiatrique», il convient d'adopter des mesures palliatives. Son argumentation paraissant peu rationnelle et reposant sur des postulats aléatoires, il n'était pas envisageable de laisser cet article faire force de loi, la littérature en matière de psychiatrie vis-à-vis de l'infection à HIV n'étant pas si abondante. Ainsi, l'association Didier Seux - Santé Mentale et Sida apporte ici la contradiction à l'article de M.P. Haroche, dont nous publions ci-dessous les principaux extraits.

«(...) La politique de prévention menée par les autorités sanitaires et médicales des pays développés est un échec retentissant. Les courbes de développement de l'épidémie restent hyperboliques, le temps de doublement du nombre des malades atteints reste sensiblement le même.

«(...) Cet échec tient (...) en premier lieu à ce que le sida (...) devient un phénomène de société. A ce titre, une politique de prévention rigoureuse risque de poser le difficile problème éthique des libertés individuelles face aux intérêts de la collectivité. (...) De plus, le sida est une maladie sexuellement transmissible et, à ce titre, il touche au statut de la sexualité dans nos sociétés, dont on a dit trop vite que le tabou la concernant avait été levé. En fait (...), il est toujours très difficile pour les autorités d'intervenir sur le comportement sexuel des grandes masses de population: ce domaine étant toujours considéré comme réservé, faisant partie strictement de la vie privée des individus, hors de l'emprise des pouvoirs. Enfin, le sida est une maladie incurable et la hantise des pouvoirs publics a été - et est toujours - de créer un sentiment de panique (...).

«Pour toutes ces raisons, les premières années d'extension de la maladie, jusqu'en 1983-1984, ont été marquées par une politique du «laisser faire, laisser aller». (...) Or, aujourd'hui, en 1989, les faits sont là, il n'y a ni traitement, ni vaccin. Les meilleurs spécialistes disent n'avoir aucune piste contre un rétrovirus qui est, en l'état actuel des connaissances, impossible et impensable. Il faudra au moins dix ans pour qu'il en

soit autrement. Alors, en désespoir de cause, on se tourne à nouveau du côté de la prévention et vers la nécessité d'analyser les raisons de l'échec de la politique antérieure mise en œuvre depuis 1984.

«Envisageons rapidement les présupposés de cette politique.

- Premier présupposé: la notion de population à risque. Sa définition repose sur l'idée d'un sous-ensemble de la population générale, relativement homogène et stable, caractérisée par des comportements marginaux (homosexuels, prostitution, toxicomanie...), responsables de la transmission du virus, mais suffisamment spécifiques pour limiter de manière hermétique cette sous-population qui fonctionnerait en circuit fermé du fait de son caractère très marginal.

- Deuxième présupposé: une protection passive de la population saine serait suffisante.

«Une information simple et très générale de la population suffirait à mettre en garde contre les comportements dangereux et les individus «à risques». Chaque individu informé, présumé responsable, se doit d'assurer lui-même sa protection.

«(...) Mais ces deux présupposés sont très insuffisants. Il n'existe pas, à proprement parler, de population à risque. Les individus appartiennent simultanément à de nombreux sous-groupes sociaux et les conduites plus ou moins marginales ne suffisent pas à les enfermer dans un sous-groupe

hermétique fonctionnant en circuit fermé. (...) Les sujets «à risque» ne constituent pas un sous-ensemble distinct, mais sont ainsi disséminés au sein de la population générale.

«Ensuite, la politique dite de protection passive supposerait, pour être efficace, d'énormes moyens d'information et d'incitation visant à induire des modifications radicales et en profondeur dans les comportements de grandes masses de population. Objectif très difficile à atteindre dans une société non coercitive vis-à-vis de populations qui ressentent par définition le risque comme inexistant.

«(...) Surtout, cette politique d'information et de prévention présuppose de la part des individus concernés un comportement rationnel face à l'information. Or, il existe une fraction de séropositifs qui constitue une population à haut risque psychiatrique, chez qui le comportement rationnel n'existe pas. Il s'agit avant tout de toxicomanes psychopathiques. Pour ces sujets, le mode habituel de résolution des tensions se fait «en court-circuit», sous forme de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif. (...) Quiconque s'occupe de toxicomanes ne manque d'être frappé par l'apparente indifférence qui entoure l'annonce d'une séropositivité. Surtout, cette information ne change la plupart du temps rien aux comportements habituels du sujet (sexuels ou toxicomaniaques) tant sont lourdes les pesanteurs sociologiques qui déterminent leur comportement. (...) Bien plus, le risque qu'il fait courir à autrui par sa séropositivité est souvent délibérément utilisé par le psychopathe dans ses conduites agressives.

«(...) Plus généralement et en dehors des psychopathes, il existe toute une série de sujets au profil psychopathologique et aux défenses psychiques faibles qui réagissent à l'annonce

d'une séropositivité par des positions hyper-anxieuses ou dépressives. Il semble que pour surmonter ces positions dépressives, la méconnaissance et le déni soient des attitudes assez fréquentes, aboutissant à une conduite de contamination «volontaire».

«(...) Il existe donc des populations hétérogènes de séropositifs au comportement social objectivement dangereux, qui ne peut être contrôlé que par les efforts d'information et de prévention de la part du corps médical et ceci pour des raisons de **pathologie psychiatrique associée** (...). On est conduit à souhaiter voir se mettre en place une politique de protection active, focalisée sur une population concernée. (...) Il s'agit d'induire de nouveaux comportements qui permettent à chaque séropositif de pouvoir **contrôler le risque épidémiologique qu'il représente**. (...) Il est urgent d'étudier les séropositifs relativement au risque épidémiologique qu'ils représentent et de déterminer les facteurs psychiatriques de transmission du sida.

«Ainsi, dans le bilan initial d'un malade séropositif, au même titre qu'une évaluation de son état d'immunité, il sera possible de proposer une évaluation psychologique de base de l'individu, afin de détecter une population à risque psychiatrique élevé de transmission. Une prise en charge psychiatrique pourrait être proposée dans deux cas: soit le malade a besoin d'une aide pour assumer sa maladie et contrôler le risque potentiel qu'il représente; soit le malade se révèle «dangereux» pour autrui: il est alors susceptible de relever des moyens de contrôle psychiatrique largement appliqués en dehors du sida et éthiquement admis, comme pour les alcooliques dangereux (loi de 1970), les grands pervers, certains criminels, etc. (...)»

Le point de vue de l'association Didier Seux

Le soin psychiatrique confondu avec le contrôle et l'emprise

Cet article nous amène à proposer quelques réflexions, tant sur la forme que sur le fond.

1. Le ton volontairement dramatisant de cet article, dans les termes mêmes et dans l'évocation de la maladie et de la recherche, paraît bien peu «raisonnable». «L'échec retentissant» des campagnes de prévention est évoqué sans beaucoup de justification; les «meilleurs spécialistes» trouvent-ils «impossible et impensable» d'avoir une piste contre les rétrovirus? Nous attendons leur opinion. Tous ces termes nous semblent relever plus d'un discours médiatiquement militant que d'une réflexion scientifique. A ce propos, un sujet séropositif est-il malade, comme l'écrit l'auteur?

2. Dans le domaine général de la pensée scientifique, il n'est pas licite d'opposer soin et prévention. Quel que soit le domaine de santé que l'on considère, il semble que les deux vont de pair. Est-il meilleur de prévenir l'infarctus du myocarde que de le traiter? D'autre part, le «désespoir de cause» semble indiquer combien il serait plus simple pour l'auteur de «guérir» le malade malgré lui.

3. Humainement, cet article paraît très contestable. Il y a, semble-t-il, une méconnaissance de la complexité de la sexualité, qui ne peut en aucun cas être réduite à un comportement rationnel lié à une problématique de santé. La rencontre de l'autre, l'agressivité, la mort,

ont toujours été présentes dans la relation sexuelle, et nul ne peut rien y changer.

4. Les notions psychiatriques invoquées sont discutables. Les états dépressifs ou hyper-anxieux peuvent être considérés comme des processus souvent rencontrés lors de l'annonce de la séropositivité. Effectivement, la prise de conscience de la perte de l'intégrité corporelle conduit souvent à des attitudes dépressives, signe pour beaucoup d'une reprise d'un travail d'élaboration psychique nécessaire. Quelle place y a-t-il entre la pathologie de «*l'apparente indifférence*» et «*l'état hyper-anxieux*»? De quelle normalité psychique s'agit-il? La non-distinction entre fantasme et passage à l'acte est stupéfiante. Nous noterons aussi la position de voyeur du psychiatre qui enregistre l'annonce d'un secret. Comment peut-on se permettre de juger les attitudes déclenchées par cette provocation intolérable? De plus, il est introduit une collusion entre soin psychiatrique et contrôle. Les contrôles psychiatriques n'ont, hélas, jamais guéri de grands pervers ou des alcooliques dangereux. Dans ce cas, cette mesure impose-t-elle l'internement à vie - sexuelle ou réelle - de tout séropositif? La séropositivité serait-elle un crime éventuellement couvert par l'article 64?

5. Enfin, et peut-être le plus grave, est la prise de position idéologique clairement exprimée dans cet article. Le regret du non-dépistage systématique, évidemment nécessaire pour étudier les facteurs psychiatriques de transmission du sida. La proposition d'un totalitarisme de la «santé» qui viendrait influencer sur le comportement sexuel de chacun, le regret que le politique ne puisse intervenir sur le comportement sexuel de grande masse de la population, et ce au nom du médical... C'est là une attitude de violence par rapport à l'ensemble des individus.

Réfléchir sur le concept de prévention

En conclusion, cet article nous paraît consternant par son absence de rigueur, mais surtout par les prises de position qu'il exprime et tend à faire partager, sous couvert de discours scientifique.

En tant que groupes de soignants psychiatriques, en travail quotidien avec des personnes séropositives quelle qu'en soit la cause, il nous paraît évident que seule une réflexion, à la fois sur la théorie et sur la pratique quotidienne, peut faire avancer le concept de prévention. Notre rôle de psychiatre est celui de soignant des troubles psychopathologiques et non de

contrôleur général d'une pseudo-normalité sociale ou politique. De même, nous devons proposer une aide chaque fois qu'elle peut être utile.

Cette réflexion pourra permettre d'éclairer les vraies limites d'une politique de prévention, c'est-à-dire de faire avec les possibilités de chacun afin qu'il puisse construire sa propre sexualité satisfaisante et au moindre risque pour lui-même et pour autrui.

La prévention n'est pas la mise à l'écart de l'autre «*anormal-dépressif-toxicomane-psychopathe*», mais c'est l'effort d'invention qui consiste à faire intégrer par chaque personne que le fantasme de mort, contenu dans chaque acte sexuel, peut-être aujourd'hui, éventuellement, réalité avec ce virus, et qu'il faut en tenir compte.

Mariannick Merckx, psychiatre, pour l'association Didier Seux-Santé mentale et Sida.

Pour être informé au plus près et au plus juste sur tous les aspects du sida et de l'infection à HIV, abonnez-vous à

S I D A 9 0

Le premier journal d'information générale français exclusivement consacré au sida.

Le maximum d'informations pluridisciplinaires, dans le cadre spécialisé de l'infection à HIV, et la plus grande indépendance possible à l'égard de toutes les parties prenantes de la lutte contre le sida.

La rédaction de SIDA 90 (S.I.D.A. pour: «Savoir, Informer, Débattre, Analyser») est assurée par le CIVIS, organisme qui réunit des professionnels de divers horizons se préoccupant des problèmes liés à l'information sur l'épidémie en France et dans le monde.

SIDA 90 a pour but d'assurer les échanges d'information les plus efficaces possibles entre les différentes professions concernées, c'est-à-dire, outre les médecins et les chercheurs: les journalistes, les membres d'associations, les travailleurs sociaux, les juristes, les infirmiers, etc., et bien sûr, en premier lieu les personnes victimes de l'épidémie. Il a aussi pour objectif de contribuer à l'amélioration de l'information en France par un regard critique.

«Le Sida et ses métaphores» par Susan Sontag Les travers de la métaphore

Après le cancer, Susan Sontag s'essaye au sida qu'elle considère comme la nouvelle source de production métaphorique sur la maladie.

«En relisant «La Maladie comme métaphore», j'ai pensé: ...». Dès l'exergue de son dernier ouvrage, «Le Sida et ses métaphores», Susan Sontag, essayiste et romancière américaine, se propose de nous livrer les réflexions que lui inspire le sida. Après le cancer, auquel elle avait consacré un essai en 1978 -«La Maladie comme métaphore»-, c'est le sida qui, selon elle, réactive le spectre de l'épidémie. Il devient ainsi l'expression de nos effrois et de nos hantises.

Sous le terme «métaphore», l'auteur entend cette phrase d'Aristote: «La métaphore consiste à donner à une chose un nom qui appartient à autre chose». Cette mise au point établie clairement dès les premières lignes, Susan Sontag rappelle les conclusions de son premier essai, dans lequel elle comparait les théories qui reliaient le cancer à des états psychologiques, à celles du dix-neuvième siècle qui associaient la tuberculose à des états dépressifs. D'une certaine façon, il s'agit pour elle d'affirmer la suprématie de l'esprit sur la matière, idée si chère à nos sociétés contemporaines.

Analogies et spécificités liées à la maladie

Le sida est l'objet de son nouveau livre car, «comme il fallait s'y attendre pour une maladie qui n'est pas encore parfaitement comprise et qui demeure extrêmement récalcitrante aux traitements médicaux, la venue de ce nouveau mal terrifiant, du moins nouveau sous sa forme épidémique, a fourni un lieu à grande échelle pour la métaphorisation de la maladie». Pour elle, le sida devient le prétexte d'une double métaphore, celle de la «pollution», déjà perceptible dans le cas de la syphilis, tandis que les «métaphores militaires» qui le désignent sont différentes de celles utilisées pour le cancer. Dans le cas de ce dernier, il s'agissait d'une «subversion de l'intérieur», alors que «dans la description du sida, l'ennemi est ce qui provoque la maladie, un agent infectieux qui vient de l'extérieur». C'est finalement la métaphore de la peste qui lui semble la plus appropriée pour évoquer le sida.

Mais pourquoi certaines maladies ne sont-elles pas l'objet d'une telle «métaphorisation»? C'est la question à laquelle tente de répondre Susan Sontag. Elle évoque le cas de la polio. Cette maladie, certes horrible, n'est pas répugnante: elle ne fait pas «pourrir le corps». Conclusion de l'auteur: ce sont des jugements moraux et esthétiques caractéristiques d'une époque qui façonnent les métaphores liées aux maladies.

Pour intéressantes qu'elles soient, les idées de Susan Sontag manquent de rigueur. L'érudition de l'auteur, saisie au travers de multiples références, n'est pas sans faille. Certai-

nes sources sont omises, frustrant ainsi celui qui désirerait poursuivre plus loin la recherche. En outre, certaines affirmations peuvent surprendre, d'autant plus qu'on ne sait pas à qui en attribuer la paternité: «Le sida transforme toute sexualité autre que monogame, à long terme, en promiscuité (donc en danger) et aussi en déviance, car tout rapport hétérosexuel devient désormais indirectement un rapport homosexuel». Une idée qui mériterait, si ce n'est une explication, au moins une source.

Quant à la forme, elle semble avoir été parfois négligée: de nombreuses répétitions, l'utilisation d'un jargon rendant la lecture pénible ou certains propos pontifiant qui finissent par lasser: «Nous vivons apparemment dans les affres de l'une des modalités modernes de l'apocalypse». Cependant, le propos de Susan Sontag ne consiste pas à décrire la maladie physique, mais plutôt l'usage qui en est fait en tant que figure ou métaphore, usage qu'elle dénonce. Ce faisant, elle finit souvent par tomber elle-même dans les travers de la métaphore. S.M.

«Le Sida et ses métaphores» par Susan Sontag, Ed. Christian Bourgois, 1989, 124 p., 60 F.

Centre de documentation suisse

A Berne, le centre d'échange d'informations non médicales AIDS Info-Docu Schweiz fonctionne depuis mars 1989. Il complète ainsi l'information médicale assurée à la fois par l'Office fédéral de la santé publique et l'Aide Suisse contre le sida.

Aids Info-Docu Schweiz est ouvert à tous. Le centre répond aux demandes par différentes prestations: information et conseil, prêt de documents vidéo, expédition du matériel d'information des campagnes nationales et internationales. Il assure surtout l'archivage des documents parus sur le sida. On peut y consulter un index, régulièrement mis à

jour, du matériel informatif et didactique publié en Suisse. Une bibliothèque réunit des ouvrages et des articles de presse. Le centre vend, et c'est le seul service payant, des diapositives d'affiches suisses et internationales sur la prévention du sida.

Enfin, Aids Info Docu Schweiz édite un bimestriel, *Infothèque Sida*, qui rend compte des nouvelles publications, manifestations, congrès et mesures traitant du sida, tant au niveau suisse qu'international.

Aids Info-Docu Suisse: Schupplatzgasse 26, 3011 Berne, Suisse.

Tél.: 19* 41 (31) 21 12 66.

La lettre du Comité d'Éthique

La *Lettre d'information du Comité consultatif national d'Éthique pour les Sciences de la vie et de la Santé* évoque, dans un numéro récent, la Mission inter-ministérielle de Lutte contre la Toxicomanie et la Ve Conférence internationale sur le sida de Montréal.

Elle reproduit également l'allocution de Monsieur François Mitterrand à l'occasion de la séance de clôture de la première réunion du Comité international d'Éthique sur le Sida.

Lettre d'information du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé, n° 17, septembre 1989, 6p., 40F.

Annuaire 1989 des statistiques sanitaires et sociales

L'édition 1989 de l'*Annuaire des statistiques sanitaires et sociales* est disponible. Il présente clairement, même pour les non-spécialistes, l'ensemble des données chiffrées concernant la santé et la protection sociale.

«*Annuaire des statistiques sanitaires et sociales*», ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale, SESI 1989, 284 p., 180 F.

Un «livre blanc» sur les centres de réinsertion sociale Accompagner la vie

Les 25 et 26 avril 1989, une cinquantaine de responsables ou de représentants qualifiés des équipes socio-éducatives des divers centres de réinsertion sociale d'hébergement de Paris et des sept départements de la couronne ont été réunis sous l'égide de la FNARS - Ile-de-France (Fédération Nationale des Associations d'Accueil et de Réinsertion Sociale), pour mettre en commun leurs pratiques et leurs réflexions sur le travail d'insertion sociale effectué auprès des populations en difficulté accueillies dans leurs structures. Un «livre blanc», intitulé «*L'action des centres de réinsertion sociale en Ile-de-France*», constitue la synthèse de ces travaux. Michel Bastard, administrateur de la FNARS et directeur de l'association Aurore (1), en fait la présentation.

Le but de ce «livre blanc» est de mieux faire connaître la réalité du travail effectué, celle des établissements concernés, des publics visés, qui nous semblent, faute peut-être d'une élaboration conceptuelle suffisante de notre part, souvent méconnue et parfois décriée par ceux-là mêmes qui ont pour rôle de nous accorder les fonds d'Etat nécessaires à notre fonctionnement et d'en contrôler l'utilisation.

Le premier écueil à contourner réside dans l'appellation de nos centres dits Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS) et résumée en «Centres d'hébergement».

En effet, cette dénomination recouvre des réalités de fonctionnement fondamentalement distinctes, même si elles sont souvent complémentaires: aux côtés des centres d'hébergement d'urgence (que nous préférons appeler «Centres de première réponse») et dont les seuls moyens sont effectivement l'hébergement dans des conditions diverses et la fourniture des repas, on trouve toute une variété de Centres de réinsertion sociale, détenteurs d'une diversité très grande de réponses adaptées et parfois spécifiques et pour lesquelles l'hébergement (le gîte et le couvert) est un moyen parmi d'autres, certes important mais non exclusif.

L'essentiel de leur action est tourné vers l'avenir des personnes accueillies, hors le système d'assistance présent et le transcendant.

Plaidoyer en faveur de l'insertion

Et tout en étant loin de méconnaître, à notre tour, la fondamentale utilité des centres d'hébergement de première réponse, le but de ce «livre blanc» est pourtant de mieux faire connaître et mettre en valeur l'existence et la consistance des deuxième, troisième, quatrième... réponses apportées par les établissements ayant

pour fonction essentielle de favoriser l'insertion ou la réinsertion sociale des personnes en difficulté, soit accidentellement, soit structurellement.

Mais en quoi cela concerne-t-il l'abord du sida et de la séropositivité?

Il nous apparaît avec évidence que loin de constituer principalement un problème médical, le sida devient essentiellement un problème social qui touche très spécifiquement aux problèmes d'insertion et de ré-insertion sociale dont les centres d'hébergement et de ré-insertion sociale sont porteurs. En effet, arrivent de plus en plus dans nos centres, soit en consultation-orientation, soit en demande expresse d'accueil, des personnes qui additionnent à leurs signes habituels de souffrance et de marginalisation, la séropositivité, les atteintes des maladies opportunistes et enfin, le sida. Et dans la construction de leur avenir, dans la reconstruction de leur être, les travailleurs sociaux de nos institutions sont amenés à prendre en charge des personnes encore plus fragilisées qui passent de l'hôpital à la rue, souvent sans aucune médiation. Il nous appartient d'imaginer les adaptations nécessaires de nos murs et de nos pratiques, ainsi que les créations indispensables et spécifiques, qui permettront de mieux remplir le rôle qui nous est imparti: pouvoir mieux accompagner la vie. Michel Bastard.

Pour se procurer le «livre blanc» sur l'action des centres de réinsertion sociale en Ile-de-France, s'adresser à: FNARS Ile-de-France, 50, Av. Jean Jaurès, 94230 Cachan avec un chèque de 53 F pour 1 exemplaire
95 F pour 2 exemplaires
150 F pour 3 exemplaires
43 F l'unité pour 4 exemplaires et plus
Ces prix s'entendent port compris

(1) Aurore: association de réinsertion sociale intervenant plus particulièrement en faveur des femmes avec enfants, des personnes en situation de précarité et des sortants de prison.

Témoignage

«Un point dans le cercle»

Une vidéo pour une parole sur un vécu de la séropositivité et du sida

Pierre-Georges Josse témoigne. Et ce témoignage prend la forme d'une vidéo de 15 mn dont il a écrit le scénario, assuré la mise en scène, co-réalisé le montage. Il est même l'auteur de la musique et «l'acteur» principal. Pierre-Georges Josse aborde, peut-être un peu rapidement, les phases-clefs de son vécu personnel de sidéen: l'annonce de sa séropositivité, la fuite, le travail, les amis, la maladie qui un jour s'est déclarée, l'obligation de faire face, le courage et l'espoir. Ce point dans le cercle, c'est l'échéance, l'idée d'une mort à plus ou moins long terme que Pierre-Georges Josse a maintenant en lui dans son combat quotidien. Pour lui, c'est une supériorité sur «les autres», ceux qui croient «bêtement» que leur horizon est infini, ceux qui «n'ont pas d'horizon», dit Josse. Cette idée restera sans doute le point le plus original d'un discours dont l'intérêt, et en même temps la limite, est d'être comparable à bien d'autres: le partage d'un vécu dont l'intéressé lui-même ne tire pas forcément

d'analyses significatives. On regrette également de ne pas connaître la raison pour laquelle des références appuyées sur la foi chrétienne sont faites. (Pierre-Georges Josse s'inclinant devant l'autel d'une petite chapelle, long zoom sur la représentation d'une vierge à l'enfant dans le bureau où l'entretien se déroule...). Néanmoins, «Un point dans le cercle» est chargé de la sincérité et de la volonté de communiquer de son auteur et de l'association La Source qui en a permis la réalisation. L'entreprise et le message paraissent symboliques de ce «nouveau» désir des séropositifs et sidéens de prendre la parole, d'être entendu, d'avoir un pouvoir sur leur destinée. R.R.

On peut voir la vidéo au CRIPS (Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida), à la cinémathèque de Paris et à l'hôpital de Marmottan. Il est également disponible à l'association La Source, place Pitrac, 40 000 Mont de Marsan.

Hémophilie

Un guide pratique

Dans le cadre de leur campagne d'information sur l'hémophilie, «J'apprends ma liberté», la Direction Générale de la Santé (DGS) et l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) ont publié, en décembre 1989, un «Guide de l'hémophilie».

Cette brochure de 72 pages a été réalisée en collaboration avec l'Association Française des Hémophiles (AFH), des médecins spécialistes en hémophilie et les différents services ministériels concernés (Direction de la Sécurité Sociale (DSS), Direction de l'Action sociale, etc). Tiré à 15 000 exemplaires, ce document est disponible auprès des centres régionaux de traitement de l'hémophilie, des Centres de Transfusion Sanguine (CTS), des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), de l'AFH et de la DGS.

Le guide répertorie les différentes prestations dont les hémophiles peuvent bénéficier et fait le point sur la détection génétique et les traitements de cette maladie héréditaire. Guide pratique comportant des conseils aussi bien pour les prises en charge sociales que pour la scolarité, ou bien encore les voyages, cette brochure informe également les hémophiles sur la contamination par le HIV et sur le Fonds de solidarité transfusion-hémophilie. Les conseils

diffusés insistent sur la prévention, sur le respect des règles d'hygiène élémentaire, telles que la désinfection des seringues, ou bien encore sur les dépistages volontaires et le suivi médical. En outre, le guide publie toutes les adresses des organismes susceptibles d'informer les hémophiles sur la contamination par le HIV. Selon le *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH)*, au 30 septembre 1989, sur environ 3 000 cas observés d'hémophilie, on recense 103 cas de sida, soit 1,3% du total des cas diagnostiqués depuis 1978, dont 15 enfants (6,8% des cas pédiatriques). D'autre part, d'après une enquête réalisée en 1989, l'AFH estime que près de 1 200 hémophiles sont séropositifs.

Le «Guide de l'hémophilie» fait partie d'un ensemble de publications rédigées dans le cadre de la campagne d'information coordonnée par la DGS et l'INSERM. Il devrait être suivi de la publication, lors du premier trimestre 1990, d'une brochure pour l'information des femmes enceintes et, ultérieurement, d'un document spécifique sur hémophilie et sida. E.L.

Le secret professionnel et l'hôpital

Les toutes récentes éditions de l'Assistance Publique (AP) consacrent leur premier ouvrage au «*Secret professionnel et l'hôpital*».

Ce livre, destiné aux professionnels de la santé désireux de connaître les informations qu'ils peuvent ou doivent fournir sur l'hospitalisation et l'état clinique d'un patient, que ce soit à l'intéressé ou à un tiers (entourage, compagnies d'assurance, employeur, sécurité sociale,...), évoque ainsi les aspects juridiques du secret professionnel et se veut être un guide pratique de son application.

«*Le secret professionnel et l'hôpital*», Ed. Doim, 1989, 95 p.

Toxicomanie et psychanalyse

«*Toxicomanie et psychanalyse*» est le thème du numéro 15 du *Bulletin de liaison du CNDT* (Centre National de Documentation sur les Toxicomanes).

On y trouve notamment des contributions de Jean Bergeret, René Kaes, Serge Lebovic, et Claude Olivenstein.

«*Toxicomanie et psychanalyse*», «*Bulletin de liaison du CNDT*», N° 15, 1989.

A propos de l'Eglise

Retour de «charité»

L'éditorial du n°10-11 (décembre 1989), relatif à la position adoptée par l'Eglise catholique à l'issue d'une conférence organisée par le Vatican, n'a pas été apprécié par certains de nos lecteurs. Deux médecins nous ont envoyé les lettres suivantes.

«L'Eglise fait observer que le préservatif est la précaution de la licence sexuelle et que le meilleur moyen de lutte contre l'extension du sida reste le combat contre la licence. Les Eglises, car ce sont aussi bien les autorités morales de la religion catholique, de la religion juive, de la religion mahométane que des religions chrétiennes issues de la Réforme, qui ont pris cette position, considèrent que la permissivité sexuelle est la grande cause de l'extension de l'infection HIV. Il n'est pas besoin d'être croyant pour constater cette évidence que chacun tend à cacher; vous-mêmes, dans cette revue, participez au maintien de cette fausse pudeur qui est une vraie hypocrisie.

«Permissivité et bestialité sont bien proches et indignes d'hommes raisonnables. Le meilleur moyen de lutter contre l'infection à HIV est un retour à une façon de vivre qui, sur tous les plans, intellectuels, scientifiques, techniques, est l'honneur de l'homme.

Le préservatif est une triste nécessité pour certains; en faire le seul moyen de lutte sans rappeler les règles sociales élémentaires de survie (encore appelées règles morales) est le témoin de la faiblesse et de la défaite acceptée. (...) Vous auriez pu vous interroger sur les motifs du silence des Eglises, pendant près de huit ans, sur le drame du sida.

Croyez, mes chers confrères, à mes sentiments agnostiques et attristés.»

B. Debesse (Paris)

«Chacun, certes, sur le sujet, conserve le droit absolu d'une opinion personnelle, mais était-il indispensable de l'exprimer de la sorte, en ne gardant peut-être que l'un des aspects de la déclaration finale du congrès de Rome?

[Le contenu de cet éditorial ne pouvait manquer de susciter de telles réactions. La croyance et la non-croyance s'accompagnent d'une rhétorique exclusive, sinon d'exclusion. La position du Vatican sur le préservatif procède de cette logique et nos propos n'avaient d'autre but que de la mettre à jour et d'en dénoncer l'hypocrisie face à la situation de crise que constitue le sida. Nous n'avons jamais affirmé que l'utilisation du préservatif était la panacée. Elle demeure néanmoins, dans l'état actuel, incontournable dans certaines situations (au même titre que d'autres moyens de

«Je regrette que vous n'ayez pas su, sur le même thème, imiter la sérénité de Jonathan Mann, pourtant compétent en la matière, dans cet article du Monde (1) qui vous a peut-être échappé?

Je regrette que votre revue rejoigne ceux qui profitent du sida pour régler quelques comptes, ou pour témoigner de l'une des nombreuses formes de ce racisme qui, vous le savez comme moi, se développe dans ce domaine, vis-à-vis de tel ou tel groupe... Si il doit faire comme tant d'autres, SIDA 89 perd, du même coup, une grande partie de son intérêt.»

François Guy (Grenoble)

(1) Interview publiée dans *Le Monde* daté du 1er décembre 1989. Jonathan Mann déclarait notamment: «Nous savions très bien que la position du Vatican vis-à-vis du préservatif ne changerait pas. Nous sommes pourtant très heureux de la récente conférence internationale organisée à Rome qui, pour moi, a été un moment historique. (...) Il faut savoir que l'Eglise catholique gère un réseau hospitalier extraordinaire (...) et qu'elle est (...) responsable de soins médicaux et sociaux concernant un nombre énorme de personnes. (...) Bien sûr, la prévention est essentielle, mais l'Eglise est prête à développer, à sa manière, une forme de prévention. Il est évident que nous ne sommes pas d'accord [au sujet] du préservatif, mais nous ne disons pas non plus, à l'Organisation Mondiale de la Santé, que le préservatif est la solution. Dans chaque société, il y a des idées, des aspects socioculturels qui pourraient renforcer la prévention vis-à-vis du sida. Si une société croit, par exemple, aux vertus du mariage monogame, pourquoi ne pas insister un peu plus sur ce point? Il y a aussi, dans divers pays, une sorte d'entente plus ou moins tacite entre les responsables de l'Eglise catholique et les responsables de la lutte contre le sida.»

prévention et que la prise en compte de la sexualité elle-même) et vouloir nier ces situations et leur réalité ne fait qu'accroître le risque de contamination des personnes qui y sont impliquées à un moment ou à un autre. L'anathème n'a jamais rien résolu. Le reconnaître, l'admettre et agir en conséquence ne participe pas «de la faiblesse et de la défaite acceptée», encore moins de règlements de compte ou de racisme sur le dos du sida. Il s'agit bien au contraire d'être responsable et de responsabiliser.] F.F./F.E.

AIDS '89

A Year in Review
The most complete annual review
covering the developments in all
aspects of AIDS during the past year

Each year, following the International Conference on AIDS (held this year in Montreal), a group of *leading* authorities in all aspects of AIDS *commission a series* of state of the art reviews by leading workers in each field. The result, AIDS '89, A Year in Review, provides an unrivalled insight into the rapidly changing developments in this field.

An essential reference for scientists, clinicians, public health workers and anyone interested in the latest advances.

Virology

Editors
R A Weiss and M Martin

Epidemiology

Editors
W Winkelstein Jr and P Piot

Vaccines and Immunology

Editors
J Laurence and G C Schild

Clinical Treatment

Editors
G H Friedland and A J Pinching

Social, cultural and political aspects

Editors
J M Mann and M Carballo

Global statistics

P A Sato, J Chin and J M Mann

for contents see overleaf

ORDER FORM for AIDS '89 (tick boxes as applicable) ISSN 0269-9370

Please send me AIDS '89 at the following rate:

£35 + £3.00 (p&p) US\$60* + US\$5 (p&p) (airmail rates available on request)

METHOD OF PAYMENT

Am Ex VISA MasterCard

Card no

Exp date Amount Payable

Signature Date

Cheque/Eurocheque enclosed payable to Current Science Ltd

Bank transfer (details available on request)

* Prices in US\$ apply to subscribers in USA and Canada ONLY
£ sterling must be drawn on a UK bank, US\$ on a US bank

Please invoice (Institutional subscriptions ONLY)

Guarantee: Your money will be refunded if you write cancelling your order within 30 days of receipt.

Name (BLOCK CAPITALS PLEASE)

Address

Zip/Postcode Country

Specialty

Subscribers to AIDS Volume 3 1989 receive AIDS '89 FREE

Please send further information on AIDS (monthly journal) Vol 4, 1990

Current AIDS Literature (bibliographic service)

Return this form together with payment to:

In USA & Canada: CURRENT SCIENCE, Subscriptions, 1201 Locust Street, Philadelphia, PA 19107, USA or call TOLL FREE 1-800-552-5866 (in PA: 215-790-2279)

Outside USA & Canada: CURRENT SCIENCE Ltd, Subscriptions, 34-42 Cleveland Street, London W1P 5FB, UK

In Japan contact: Nankodo Co Ltd, 42-6 Hongo 3-chome, Bunkyo-ku, Tokyo 113, Japan

France

Nutrition, métabolisme et VIH

Paris, le 21 février

Conférence-débat organisée par l'Association des Médecins Gais.

Rens. : AMG, 45, rue Sedaine, 75011 Paris. Tel.: 48 05 81 71 les mercredis de 18 à 20h et samedis de 14 à 16h.

Perspectives thérapeutiques et prévention

Nice, le 22 février

Conférence mensuelle de Aides Côtes-d'Azur

Rens. : secrétariat de l'association, 136, bd du Mont Boron, 06300 Nice. Tel.: 93 56 93 38.

La gestion du sida : mythes et réalités

Strasbourg, le 16 mars

Séminaire organisé par le Groupe d'Etude et de Recherche sur la Science de l'Université Louis Pasteur de Strasbourg. Un autre séminaire est prévu le 18 mai sur le thème «*La régulation juridique de l'épidémie*».

Rens. : Daniel Borillo et Anne Masseran. Tel.: 88 41 62 84.

Paroles d'amour

Grenoble, les 16 et 17 mars

Colloque organisé par l'Association départementale du Planning Familial de l'Isère.

Rens. : Planning Familial, 30, bd Gambetta, 38000 Grenoble. Tel. : 76 87 94 61.

Situation épidémiologique en Afrique (Zambie)

Nice, le 22 mars

Conférence mensuelle de Aides Côtes-d'Azur

Rens. : secrétariat de l'association, 136, bd du Mont Boron, 06300 Nice. Tel.: 93 56 93 38.

Sida et pratiques sociales - Fondements culturels de la prévention

Bordeaux, les 30 et 31 mars

Colloque organisé par le Comité Régional d'Aquitaine d'Education pour la Santé.

Rens. : CRAES, 3 ter, place de la Victoire, Faculté de Médecine, 33076 Bordeaux. Tel. : 56 91 71 27.

Médecins de ville et d'hôpital, pour un suivi commun des personnes vivant avec le HIV

Paris, le 31 mars et 1er avril

Journées de travail organisées par l'AFLS, Aides, Unafomec, Arcat-Sida, l'Assistance Publique, la Direction Générale de la Santé, la Direction des Hôpitaux, la Délégation inter-ministérielle à la Ville, l'Ordre des Médecin et la SFTG.

Rens. : Participe Présent, Claire Seban, Véronique Hague-nauer, 89, rue du faubourg St-Antoine, 75011 Paris. Tel.: 43 42 90 94.

Santé publique et maladies à transmission sexuelle

Chamonix, du 23 au 25 avril

Colloque INSERM centré sur les relations entre le comportement, le développement des maladies sexuellement transmissibles (y compris le sida) et les mesures de santé publique susceptibles de réduire leurs incidences et leurs conséquences.

Rens. : Dr N. Job-Spira, INSERM U 292, Hôpital de Bicêtre, 78 avenue du Gal Leclerc, 94275 Le Kremlin-Bicêtre cédex. Tel. : (1) 45 21 22 86 ou 45 21 23 43.

Le psychologue et la question du sida

Paris, les 9 et 10 juin

Stage organisé par l'Association Nationale pour la Recherche et l'Etude en Psychologie destiné aux professionnels, psychologues ou non, du champ social et de la santé.

Rens. : secrétariat de l'ANREP, c/o Liliane Imbert, 49, rue de l'Aqueduc, 75010 Paris.

Tel.: 42 39 26 84 les mardis après 16h et les mercredis matins.

Septième Congrès international de parasitologie

Paris, du 20 au 24 août

Congrès organisé par la Société Française de Parasitologie.

Rens. : Convergences-ICOPA VII, 120, avenue Gambetta 75020 Paris. Fax: 40 31 01 65.

Etranger

Seconde Conférence arabe internationale sur le sida

Le Caire, du 2 au 6 mars

Conférence organisée par la Société Médicale et Scientifique d'Egypte.

Rens. : Conference Secretariat, B.O. Box 85 Manial el-Roda, Cairo, Egypte,

Tel. : 19 (20) 2-362 50 42 ou 2-362 39 08.

Première conférence européenne sur le sida pour les infirmières

Copenhague, du 7 au 9 mars 1990

Rens.: Organizing Committee c/o Ms. Annie Abildtrup, Kjeld Langes Gade 2, 3. th, 1367 Copenhagen K. Danemark. Tel.: 19 (45) 1 45 31 47 14 11, Ext. 2111

Seconde Conférence européenne sur les aspects cliniques de l'infection à HIV

Bruxelles, les 8 et 9 mars

Conférence organisée par l'ENTA (European Network for Treatment of AIDS) et le PMG (Project Management Group AIDS Research) au Palais des Congrès de Bruxelles.

Rens. : Mme Eeckhoudt, secrétariat de la conférence, Boulevard de Waterloo, 125, B-1000 Bruxelles, Belgique.

Les Maladies sexuellement transmissibles dans le monde du sida

Londres, du 9 au 11 mai

Rens. : Mme Komoniewska, Royal Society of Medecine, 1 Wimpole St., London W1M 8AE, Royaume-Uni.

Etranger

Première Conférence nationale sur le sida et la jeunesse

Toronto, du 13 au 16 mai
Rens.: Joanna Posteraro, HIV/AIDS & Youth Conference Secretariat, Ryerson Continuing Education, 350 Victoria Street, Toronto, Ontario M5B 2K3, Canada.

Quatre-vingt-dixième Colloque annuel de la société américaine de microbiologie clinique

Anaheim, du 13 au 18 mai
Rens. : American Society for Microbiology, 1913 I St. NW, Washington, DC 20006, Etats-Unis. Tél.: 19 (1) 202-833-9680.

Conférence mondiale sur la santé pulmonaire

Boston, du 20 au 24 mai
Rens. : American Society for Microbiology, 1913 I St. NW, Washington, DC 20006, Etats-Unis. Tél.: 19 (1) 202-833-9680.

Septième Congrès méditerranéen sur la chimiothérapie

Barcelone, du 20 au 25 mai
Rens. : Inter-Congres, Gran Via de les Corts Catalanes 646 4°, 4°, 08007 Barcelona, Espagne.

Sixième Colloque international sur les infections chez l'immuno-déprimé

Peebles, du 3 au 6 juin
Rens. : W.C. Snow, P.O. Box 319, Comstock, MI 49041, Royaume-Uni.

Sixième Conférence internationale sur les méthodes rapides et l'automatisme en microbiologie et en immunologie

Helsinki, du 7 au 10 juin
Rens. : RAMI-90, P.O. Box 189, 00171 Helsinki, Finlande.

Sixième Conférence internationale sur le sida

San Francisco, du 20 au 24 juin
Rens. : Conference Secretariat, 655, 15th St. NW, Suite 300, Washington, DC 20005, Etats-Unis. Tél.: 19 (1) 202-639-5179.

Septième Colloque international sur l'infection à *chlamidiae* chez l'homme

Harrison Hot Springs, du 24 au 29 juin
Rens. : W.R. Bowie, G.F. Strong Research Laboratory, Room 452 D Floor, Vancouver General Hospital, 2733 Heather St., Vancouver, British Columbia, Canada.

Congrès international sur les maladies infectieuses

Montréal, du 15 au 19 juillet
Congrès organisé par la Société Internationale pour les maladies infectieuses.
Rens. : secrétariat, services du congrès GEMS, 4260, Girouard, bureau 100, Montréal, Québec H4A 3C9, Canada. Tél. : 19 (1) 514-485-0855.

Huitième Forum national sur le sida et troisième Conférence internationale de la santé des lesbiennes et des gays

Washington, les 18, 19 et 20 juillet
Rens. : Michael Weeks, Helen Ratner.
Tél.: 19 (1) 202-797-3708

Le Sida en Asie et dans le Pacifique

Canberra, du 5 au 8 août
Rens. : Organising Committee, P.O. Box 660, Woden, ACT 2606 Australie.

Quatrième Conférence nationale sur le sida

Canberra, du 8 au 11 août
Rens. : Organising Committee, P.O. Box 660, Woden, ACT 2606 Australie.

Huitième Congrès international de virologie

Berlin, du 24 au 31 août
Rens. : DER-Congress, Congress Organisation, Augsburgstr. 27, D-1000 Berlin 30, RFA.

Deuxième Conférence internationale de la Société d'infectiologie hospitalière

Londres, du 2 au 7 septembre
Rens.: Conference Associates, 55 New Cavendish St., London W&M 7RE, Royaume-Uni.

Symposium international sur sida et reproduction

Gènes, du 13 au 15 décembre
Symposium organisé par le département de gynécologie et d'obstétrique de l'Université de Gènes.
Rens. : Secrétariat du symposium, Adverstising Media srl, Via G. Byron, 11/5 - 16145 Genova, Italie. Tél.: 19 (39) 10 301 685.

Septième Conférence internationale sur le sida

Florence, du 16 au 21 juin 1991
Rens. : secrétariat général, Cristina d'Addazio, Laboratoire de Virologie, Institut supérieur de la santé, Viale Regina Elena, 299, 00161 Rome, Italie.

Dix-septième Congrès international sur la chimiothérapie et troisième Conférence biennale sur la chimiothérapie des maladies infectieuses et malignes

Berlin, du 23 au 28 juin 1991
Rens. : Secretariat, 17th ICC, c/o Congress Organisation, Futuramed Verlag GMBH, P.O. Box 70 06 40, D-8000 Munich 70, RFA.

Treizième Congrès international de lymphologie

Paris, du 29 septembre au 5 octobre 1991
Congrès organisé par la Société Internationale de Lymphologie.
Rens. : Secrétariat du congrès c/o Dixit International, 71-73, rue Victor Hugo, 92400 Courbevoie. Tél.: 47 88 53 47.

POLITIQUE

- p 3
Le Plan à deux ans de l'AFLS
- Un document d'orientations pour «gérer au mieux» p 6
- Interview de Dominique Coudreau
Un bilan satisfait p 9
- Point de vue Dominique et Dominique p 10
- Interview de Dominique Charvet
«Accentuer la participation collective» p 14
- VIème Conférence Internationale sur le sida de San Francisco
- Assouplissement ponctuel de la législation américaine sur l'immigration p 19
- Le Plan sida 1990-1995 de l'Assistance Publique
- Des réponses sur cinq ans à des urgences immédiates

MEDECINE

- Epidémiologie**
p 20
- Transfusion sanguine
- Séroprévalence chez les donneurs de sang et risque transfusionnel
- Biologie**
p 22
- La virémie plasmatique HIV1 p 23
- ANRS - Réunion d'experts
- Détection et suivi des marqueurs sérologiques de l'infection à HIV en milieu hospitalier
- Clinique**
p 24
- Quelques explications sur les pneumocystoses atypiques
- Thérapeutique**
p 26
- Aérosols de Pentamidine
- Prix et nomenclature p 28
- La FDA recommande une baisse de la posologie de référence du Rétrovir® aux Etats-Unis

SOCIETE

- p 30
- Contamination par le HIV
- Les directives d'application de la législation sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

ASSOCIATIONS

- p 38
- Les plates-formes revendicatives d'Act Up et de Positifs

IDEES

- p 40
- La mise en scène médiatique du sida
- De la peur au fatalisme

HIVRESSE

- p 44
- Une assurance contre l'infection à HIV de l'Union des Jeunes Chirurgiens-Dentistes
- Le contrat d'exclusion p 46
- Une thèse controversée «Le risque psychiatrique de transmission»

DOCUMENTS

- p 49
- «Le sida et ses métaphores» de Susan Sontag

COURRIER

- p 52
- A propos de l'Eglise
- Retour de «charité»

CONFERENCES

- p 54
- En France et à l'Etranger

PETITES ANNONCES

Laboratoire hospitalier d'immunologie cherche jeune médecin pour suivi de protocoles thérapeutiques pour une durée de 6 à 12 mois renouvelable. Pour tous renseignements, téléphoner à Brigitte Autran: 45 70 38 18.

Recherche un piano pour la salle de détente et d'animation des malades de l'hôpital Bichat-Claude Bernard. S'adresser à Pierre-Marie Girard. Tel.: 40 35 36 44.

BULLETIN D'ABONNEMENT

(Bulletin à photocopier ou à découper)

Je m'abonne à SIDA 90

Un an: 11 numéros + 2 suppléments

	<i>France</i>	<i>Etranger</i>
<input type="checkbox"/> Individuel	<input type="checkbox"/> 350 F	<input type="checkbox"/> 500 F
<input type="checkbox"/> Etudiants ⁽¹⁾	<input type="checkbox"/> 175 F	<input type="checkbox"/> 250 F
<input type="checkbox"/> Associations à but humanitaire et organismes sociaux ⁽²⁾	<input type="checkbox"/> 350 F	<input type="checkbox"/> 500 F
<input type="checkbox"/> Institutions et organismes privés	<input type="checkbox"/> 2000 F	<input type="checkbox"/> 2500 F

(1) Sur présentation d'une photocopie de la carte d'étudiant

(2) Donnant droit à plusieurs numéros par envoi (contacter notre Service Abonnements).

Des conditions spéciales peuvent être accordées aux personnes qui en font la demande motivée.

Prix au numéro **40 F**
Anciens numéros disponibles **25 F + 15 F** de frais de gestion (numéros 6 à 11)
Anciens numéros épuisés (tirage laser) **50 F + 15 F** de frais de gestion (numéros 1 à 5)

NOM ou Raison sociale (en majuscules) :
ADRESSE:
VILLE: CODE POSTAL: PAYS:
TEL (fac):

- Je souhaite recevoir les anciens numéros de SIDA 89
- Je souhaite recevoir une documentation sur les actions d'ARCAT-SIDA
- Je souhaite recevoir exemplaires du Manuel d'Information Pratique sur le sida
- Je souhaite recevoir exemplaires du Manuel d'Information à l'usage des cabinets dentaires
- Je souhaite recevoir exemplaires du Manuel d'Information à l'usage des Kinésithérapeutes
- Je souhaite recevoir exemplaires de la brochure Réponses aux questions des personnels hospitaliers

- Je vous adresse un chèque de:
- Je règlerai à réception de la facture

Bulletin à retourner à SIDA 90, 57 rue Saint-Louis-en-l'Île, 75004 Paris. Tél: 43 54 67 15; Fax: 46 33 11 42