



S O M M A I R E

1

ÉDITORIAL > D. Lacoste

2

RÉUNION

- ◆ Compte-rendu de la 8^e Journée du GEMHEP
 - > X. de La Tribonnière

4

IX^{ES} ASSISES DE LA SFLS

- ◆ Ateliers multicatégoriels
"Prévention chez les migrants"
 - > J.M. Chaplain, C. Arvieux

"Prévention en milieu psychiatrique"
> M. Cayemittes

"Prévention en milieu scolaire"
> M. Barone, C. Delpierre

"Prévention en prison"
Drogues, virus, prison, détenus et soignants :
un système complexe d'actions et d'interactions
> P. Griguère

- ◆ Ateliers infirmiers (ières)
"Fuzéon[®] : administration et vie quotidienne"
> V. Achart-Delicourt, S. Mehadjri

Quelle place pour l'initiative privée dans la lutte
contre le sida en Afrique ? Secure the Future
(Sécuriser le futur), un programme
de la fondation Bristol-Myers Squibb
> D. Rey

L'évaluation des politiques de prévention
en France et leur évolution
> C. Cheneau

12

FORMATION

La Lettre

de la **S**ociété**F**rançaisede **L**uttecontre le **S**ida

Chers amis, chers adhérents,

L'assemblée générale qui s'est tenue à Toulouse le 25 septembre a validé le changement de dénomination de la FNCLS, qui devient la **Société française de lutte contre le sida (SFLS)**.

Comme je l'ai expliqué lors de cette assemblée générale, il ne s'agit pas que d'un changement de nom.

Tout en veillant au maintien de l'originalité de notre association, encore confirmée par la participation de toutes les catégories de soignants au congrès de Toulouse, il a semblé indispensable au Bureau et au Conseil d'administration de l'association de concrétiser ainsi la maturité de la FNCLS.

La réalité du terrain n'est plus la même qu'en 1994, date de création de la FNCLS. Cela explique le souhait de passer d'une "fédération" à une "société", ce qui n'exclut en aucun cas la participation de tous les soignants à nos actions.

Il était par ailleurs devenu indispensable de citer la France dans le nom de la société, comme c'est le cas dans d'autres pays. En effet, nous constatons que nombre d'entre nous sont impliqués dans des projets internationaux, que ce soit dans les programmes de collaboration Nord/Sud (aussi bien les médecins que les paramédicaux) ou dans ceux d'échanges scientifiques avec collaborations internationales.

De plus, il est temps d'imaginer la possibilité d'impliquer la SFLS dans des échanges internationaux, francophones ou non.

Lutter contre le sida reste une terminologie valide aujourd'hui, car elle implique non seulement le soin, mais aussi les missions dont nous sommes chargés dans les domaines de l'éducation thérapeutique et de la prévention.

Les 10^{es} Assises et le 5^e Congrès de Tours, les 21 et 22 octobre 2004, devraient permettre de concrétiser cette évolution.

D'ici là, l'implication de la SFLS devra sans doute être plus marquée, entre autres dans la collaboration Nord/Sud, et la première de ses actions aura été la formation sur "Migrants/Étrangers et VIH", qui a eu lieu les 23 et 24 octobre 2003 à Paris, et dont l'évaluation est des plus élogieuses.

Je souhaite de tout cœur que les uns et les autres ne voient pas dans l'évolution de notre association des aspects négatifs ou une perte d'identité, mais qu'ils y voient, au contraire, la possibilité d'innover...

Je vous invite enfin à vous connecter nombreux au site de la SFLS www.sfls.aei.fr

D. Lacoste, président de la SFLS

8^e Journée du GEMHEP

La 8^e Journée internationale du GEMHEP (Groupe français d'études moléculaires des hépatites), qui a eu lieu à Paris le 20 juin 2003, a été consacrée aux co-infections VIH, virus de l'hépatite B (VHB), de l'hépatite C (VHC), de l'hépatite D (VHD) et de l'hépatite G (VHG). De nombreuses informations ont été délivrées, comme le rôle protecteur du VHG sur l'histoire naturelle du VIH, la gravité accrue de la co-infection triple VIH-VHB-VHC (risque majeur de cirrhose et d'hépatocarcinome), la gravité de la co-infection VHB-VHD et la difficulté à la traiter... Nous rapportons ici des données détaillées concernant les co-infections VIH-VHC et VIH-VHB.

Avec l'allongement de l'espérance de vie des patients infectés par le VIH sous multithérapies antirétrovirales (HAART), la co-infection par le VHB ou le VHC est bien davantage prise en compte. Proportionnellement, la responsabilité de l'hépatite chronique B ou C dans la mortalité des patients co-infectés augmente au fil des années.

CO-INFECTION VIH-VHC

V. Soriano (Espagne) a rappelé les risques de fibrose (F0 à F4), plus élevés chez le sujet séropositif pour le VIH comparativement aux patients séronégatifs : F0 (4 % et 51 %), F1 (25 % et 24 %), F2 (24 % et 10 %), F3 (29 % et 10 %), F4 (18 % et 5 %). Ce fait, associé au risque accru d'hépatotoxicité des antirétroviraux (ARV), justifie un traitement anti-VHC optimal.

K. Sherman (États-Unis) a abordé les aspects thérapeutiques. Le taux de réponse habituellement observé à 72 semaines sous interféron α (IFN) + ribavirine se situe autour de 20 %, mais peut aller jusqu'à 38 % dans une étude où le taux moyen de CD4 était élevé. Le traitement de référence associé depuis 2002 l'IFN pégylé (Peg IFN) à la ribavirine. Une seule étude testant cette association chez des sujets co-infectés VIH-VHC est actuellement publiée (*M. Pérez-Olmeda et al., AIDS 2003*). Dans cet essai espagnol multicentrique non comparatif, 68 patients ont reçu du Peg IFN à 1,5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{sem.}$ pendant 3 mois, puis 1 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{sem.}$, et de la ribavirine à 800 mg/j, pendant

6 mois en cas de génotype 3, et 12 mois en cas de génotypes 1 et 4. Les trois quarts des patients étaient traités par antirétroviraux (ARV). Au départ, les taux moyens de charge virale (CV) VHC étaient à 1,17 million UI/ml, des ALAT à 131 UI/ml, des CD4 à 591/mm³ et de la CV VIH à 467 copies/ml. La répartition selon les génotypes était la suivante : 1 (57 %), 3 (37 %) et 4 (8 %). Au terme de l'étude, 6 % des sujets étaient perdus de vue, et 15 % avaient arrêté leur traitement anti-VHC pour effets indésirables (EI). Quatre patients (6 %) ont présenté une pancréatite chronique et/ou biologique du fait d'une interaction entre ribavirine et ddl (concentration intracellulaire accrue de la ddl en présence de ribavirine). Une perte de poids sévère était observée chez 70 % des sujets ayant terminé le traitement (perte moyenne de 4,6 kg par rapport au poids de base), probablement en raison d'une toxicité mitochondriale majorée. En intention de traiter, on obtenait 40 % de succès virologique à la fin du traitement (81 % pour le génotype 3 et 30 % pour les génotypes 1 et 4) et 28 % en réponse soutenue 6 mois après l'arrêt du traitement (50 et 35 % en per-protocole). Les facteurs prédictifs de bonne réponse virologique étaient le génotype 3 et la faible charge virale VHC.

Quatre essais randomisés comparant la forme pégylée à la forme standard de l'IFN associé à la ribavirine sont en cours : RIBAVIC ANRS HC2, ACTG 5071/5091 s, APRICOT et ROCHE NR 16155 (États-Unis). Dans l'essai français RIBAVIC, 432 patients recevaient, avec la ribavirine à 800 mg/j, soit Peg IFN à 1,5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{sem.}$ (Viraféron-Peg[®]), soit IFN à 3 MUI x 3/sem. La tolérance était globalement acceptable, malgré un taux élevé d'EI graves (EIG) de grade IV (28 % non imputables, 8,3 % imputables [*communication personnelle*]). Les EI étaient dose-dépendants et réversibles à l'arrêt du traitement. Les troubles hématologiques étaient fréquents (30 %). Une toxicité mitochondriale était retrouvée essentiellement chez les patients associant ribavirine et ddl ; dans ce cas, le risque était multiplié par 18,3, et il était plus élevé en cas de cirrhose. Un tiers des patients ont dû arrêter leur traitement avant un an, notamment en raison



© Tous droits réservés

d'EI. En termes d'efficacité, on obtenait à 48 semaines 38 % versus 24 % de bonnes réponses virologiques tous génotypes confondus respectivement dans les bras Peg IFN et IFN. Sous Peg IFN, les taux étaient de 40 % en cas de génotypes 2 et 3, et de 25 % en cas de génotypes 1 et 4 (versus 10 % dans le bras IFN). Les résultats à 72 semaines sont attendus.

Dans l'essai américain 5071/5091s, 134 patients ont reçu Peg IFN à 180 $\mu\text{g}/\text{sem.}$ (Pégasys[®], Roche) ou IFN à 6 MU x 3/sem. pendant 3 mois puis 3 MU x 3/sem., associés à ribavirine à 1 000 mg/j. Le taux de génotype 1 s'élevait à 78 %, et 10 % des patients étaient au stade cirrhose. En termes de tolérance à 6 mois, respectivement dans les bras Peg IFN et IFN, les taux d'EIG de grade IV étaient de 17 % et 4 %, et de grade III de 22 % et 20 %. Les taux de réponse virologique à 6 mois étaient de 44 % dans le bras Peg IFN (33 % si génotype 1, 80 % si génotypes 2 et 3) versus 15 % dans le bras IFN (7 % si génotype 1, 40 % si génotypes 2 ou 3). Les arrêts de traitement étaient retrouvés chez 14 % des patients. Les résultats à 12 et 18 mois sont attendus.

Les essais APRICOT et ROCHE NR 16155 évaluent le Pégasys[®] à 180 $\mu\text{g}/\text{sem.}$ (Roche). Les résultats d'APRICOT devraient être disponibles en octobre 2003.

En conclusion de ces premiers résultats, la forme pégylée de l'IFN fait mieux que l'IFN standard. L'orateur a ajouté qu'en cas de génotype 3 chez le sujet co-infecté, la durée habituelle du traitement de 6 mois pourrait être allongée à 12 mois.

CO-INFECTION VIH-VHB

S. Pol (Paris) a rappelé le rôle délétère de l'infection à VIH dans l'histoire naturelle de l'hépatite B. La CV VHB est multipliée par un facteur 2 à 5, il existe une plus forte hétérogénéité génomique, le risque de cirrhose est multiplié par 2 à 5 (50 % si $CD4 < 200/mm^3$, 15 % si $> 200/mm^3$) et la mortalité à terme est plus élevée. Cette évolution naturelle de l'hépatite chronique B a été largement améliorée depuis 1996, date à laquelle la lamivudine (3TC, Epivir®) est apparue sur le marché. Cependant, en raison de l'amélioration de la survie sous HAART depuis 1996, les personnes co-infectées meurent davantage de l'hépatite chronique B (12 % avant 1996, RR : 7 ; 25 % après 1996, RR : 11). Une virémie VHB positive peut être confirmée en présence de l'antigène Hbs ou, parfois, par la présence isolée de l'anticorps Hbc (10 % des cas). Le traitement indiqué en cas de fibrose évaluée à F3 ou F4 est discuté au stade F2, et n'est pas préconisé aux stades F1 et F0.

Y. Benhamou (Paris) a abordé les aspects thérapeutiques, en rappelant que les données disponibles sont issues de petites études, souvent non randomisées, parfois avant l'ère des HAART, avec peu d'évaluation histologique. L'IFN est peu efficace (à 10 MU x 3/sem. : l'efficacité virologique à 12 semaines était, dans une étude parue en 1995, de 8,3 % si VIH+ et de 38,5 % si VIH-). Parmi les antiviraux, outre le 3TC, l'adéfovir (ADF, Hepséra®) et le ténofovir (TDF, Viread®) sont maintenant disponibles sur le marché. Dans l'étude CAESAR, la prise de 3TC pendant un an permettait de diminuer la mortalité à 9 % versus 7 % sous placebo, d'obtenir une CV VHB < 400 copies/ml dans 40 % des cas versus 10 % sous place-

bo, d'avoir une baisse de 2,7 log de la CV VHB et la séroconversion Hbe dans 20 % des cas. La limite est l'apparition de résistances (mutants YMDD) de 20 % par an ; à 5 ans, pratiquement tous les patients sont porteurs de la mutation YMDD. Sous adéfovir, que les patients soient résistants ou pas au 3TC, la baisse de la CV VHB à 2 ans est de 5 log/ml, sans pratiquement qu'il y ait d'apparition de souches résistantes. Notons une augmentation transitoire des ALAT pendant les six premiers mois, suivie d'une normalisation progressive par la suite. Cependant, alors que l'activité inflammatoire diminue significativement sur le plan histologique, le taux de fibrose diminue peu. Les données sous ténofovir sont parcellaires. Dans une étude, on obtient à six mois et un an une baisse de la CV VHB de près de 4 log/ml avec un taux de séroconversion Hbe de 25 %. L'incidence des résistances n'est pas connue du fait de l'absence de recul suffisant. L'orateur émet des recommandations de traitement : s'il y a nécessité de mise sous ARV, prescrire du 3TC ou du TDF ; en cas de souches résistantes au 3TC, ajouter ADV ou TDF ; s'il n'est pas nécessaire de traiter l'infection à VIH, prescrire de l'ADV (en raison du risque très faible d'apparition de résistances).

En conclusion, les données à long terme sur l'ADF et le TDF dans cette indication sont attendues ; le Peg IFN mériterait d'être évalué ; l'évaluation histologique est à compléter.

HÉPATOTOXICITÉ, TRANSPLANTATION ET VACCINATION

Que ce soit en cas de co-infection VIH-VHC ou VIH-VHB, on retrouve une toxicité accrue des ARV. **D. Thomas (États-Unis)**

nous a rappelé que l'incidence d'EIG était de 10 à 15 % versus 5-7 % sans co-infection. Outre la co-infection, les facteurs de risque d'hépatotoxicité accrue sont la prescription de ritonavir ou de névirapine, l'arrêt du 3TC en cas de co-infection par le VHB, une forte cytolysse sous-jacente, une première HAART, ou le sexe féminin. La toxicité peut être directe par hypersensibilité (névirapine ou abacavir), liée à la restauration immunitaire, par stéatose (toxicité mitochondriale) ou par hyperbilirubinémie (indinavir ou atazanavir). La transplantation hépatique peut être envisagée en cas de cirrhose décompensée. **J.C. Duclos-Vallée (Villejuif)** nous a rapporté les résultats sur 7 patients co-infectés VIH-VHC transplantés à Villejuif. À 20 mois, 5 patients sur 7 sont en vie et 4 patients sur 7 ont une fonction hépatique très améliorée. Plusieurs difficultés sont à surmonter : récurrence de l'infection à VHC, augmentation de la toxicité de l'association Peg IFN + ribavirine et HAART, stéatose microvésiculaire.

M. Alter (États-Unis) a rappelé que les vaccinations contre le VHB et le VHA sont essentielles chez les sujets infectés par le VIH, mais les taux de séroconversion sont plus faibles : VHB (0-1-6 mois) : 35 à 55 % versus 95 % si VIH- ; VHA (0-6 mois) : 60 % (68 % si $> 200 CD4/mm^3$, 9 % si $< 200/mm^3$) versus 100 % si VIH-.

Cette journée aura permis de souligner encore une fois la nécessité d'une prise en charge optimale de la co-infection VIH-VHB ou VHC et l'apport fructueux de la collaboration entre infectiologues/sidénologues et hépatologues.

X. de La Tribonnière,
Tourcoing

Ateliers multicatégoriels “Prévention chez les migrants”

La prévention chez les migrants est un vaste sujet qui a été l'objet de discussions animées et enrichissantes. La plupart des 93 personnes présentes à cet atelier avaient une expérience longue et diversifiée dans ce domaine. Chacun souhaitait faire part de ses expériences, et surtout de ses difficultés. En préalable, nous avons donc rappelé quelques éléments qui paraissent importants pour structurer les échanges :

- ✓ Ne pas confondre *prévention* et *dépistage*.
- ✓ Faire la part dans les difficultés posées par la prévention *individuelle* et la prévention *collective*.
- ✓ Distinguer prévention *primaire* et prévention *secondaire*.
- ✓ Ne pas confondre migrant et précarité : distinguer le public *précaire* du public *non précaire*.
- ✓ Ne pas forcément assimiler *Afrique* et *migrants*.

PATIENCE ET LONGUEUR DE TEMPS...

L'élément majeur qui a pu émerger des discussions est la nécessité de s'inscrire dans la durée et de faire preuve d'une grande persévérance dans la mise en place des actions menées. Tous les participants s'accordaient sur l'importance du temps à prendre pour élaborer des projets qui devaient s'inscrire sur des années, et non des mois ou des semaines, d'où la nécessité d'une reconnaissance de ces actions à long terme par les “financeurs” et les tutelles, afin de pouvoir travailler dans la pérennité. Les niveaux de collaboration entre associations et tutelles/“financeurs” sont extrêmement hétérogènes d'une région ou d'une ville à l'autre, et beaucoup ont également fait part de leur découragement face aux obstacles multiples que représentaient le montage et le financement d'un projet de prévention.

Mais il existe également une autocritique de la part des intervenants : la reconnaissance des associations entre elles n'est pas toujours une évidence, et les collaborations interassociatives pourraient parfois être plus poussées et plus efficaces. Un manque de reconnaissance des “petites” associations – notamment de quartier, qui sont pourtant

bien implantées dans la communauté – par les “grandes” associations à vocation nationale a également été évoqué.

TRAVAILLER AVEC, PLUTÔT QU'ÉCRIRE POUR

Certains des programmes de prévention discutés en atelier ont également fait l'objet de présentations en session orale⁽¹⁾. Les points forts de ces projets sont la participation active de la communauté concernée, le respect de sa structure sociale et le fonctionnement basé sur des personnes relais au sein de la communauté. Ces démarches permettent une vraie intégration des messages de prévention dans les communautés, voire une extension vers les personnes restées “au pays” ultérieurement, ce qui demande un effort particulier concernant les langues utilisées, avec la nécessité fréquente d'avoir recours à des traducteurs dans un premier temps.

CULTURALISME OU UNIVERSALISME ? LA VOIE DU JUSTE MILIEU

Paradoxalement, l'aspect culturaliste a été relativement peu abordé au cours de l'atelier ; il semblait évident pour les participants que cet aspect était primordial et ne nécessitait pas réellement débat. Il paraît aujourd'hui impensable de faire de la prévention collective vers le milieu migrant sans la participation active des migrants eux-mêmes. Le respect des coutumes et de la culture nécessite une constante adaptation des acteurs de prévention. Dans un milieu où la religion est très présente, l'autorité des chefs religieux de la communauté peut être particulièrement bénéfique à l'aboutissement de certains projets.

Pour autant, et notamment dans les démarches de prévention individuelle, il ne

paraît pas indispensable d'intégrer systématiquement une dimension culturelle. Une partie du travail de prévention reste de caractère “universel”, et les participants ont soulevé la nécessité de ne pas enfermer la prévention dans un ghetto culturel.

PRÉCARITÉ : LA FAIM JUSTIFIE LES MOYENS

Lutter contre la précarité et pour l'accès au droit est un travail indispensable, et constitue souvent la première étape pour accéder à l'éducation à la santé. Néanmoins, certaines équipes travaillant dans les milieux de grande précarité ont insisté pour dire que malgré tout, même dans ces situations, il était possible de faire passer un message de prévention. Beaucoup d'équipes mentionnent un élément important : en situation de précarité, le temps disponible, qui devrait être consacré à la prévention, est en majeure partie détourné au profit d'un travail plus social d'ouverture des droits, d'aide alimentaire ou d'aide au logement... Il paraissait toutefois souhaitable, au sein d'une population fortement précarisée et migrante, de diffuser les messages de prévention dans la mesure où, pour certains, le recours à la prostitution est le seul moyen de subsistance, et plus particulièrement chez les toxicomanes, cumulant ainsi les facteurs de risque.



⁽¹⁾ Tous les orateurs de la session “Migrants et VIH” du IV^e congrès de la FNCLS (G. Beck-Wirth, M.A. Garzo, M. Tourne et A. Goudjo) étaient présents au cours de cet atelier, et les expériences présentées ont fait l'objet de larges discussions.

LA PRÉVENTION, LE PREMIER PAS EN ARRIÈRE DU DÉNI DE LA MALADIE

Le déni de la maladie et le rejet que peut susciter le VIH de la part de la communauté peuvent être un obstacle majeur au travail de prévention. Mais parler de la prévention, c'est déjà faire comprendre que le VIH peut atteindre chacun. Faire participer des membres de la communauté acceptant délibérément de témoigner de leur séropositivité est trop rarement possible ; néanmoins, lorsque cela se fait, c'est une ouverture importante vers le recul du déni de la maladie. Les équipes présentes auprès des populations concernées signalent que travailler sur le déni est la plupart du temps indispensable si l'on souhaite que le message de prévention soit entendu. Il est ainsi utile de pouvoir "démystifier" une affection par l'explication rationnelle de la transmission de la maladie qui, parce qu'elle est sexuelle, est de fait universelle.

LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES, OU "LE DANGER, C'EST L'AUTRE"

Les participants à l'atelier ont unanimement regretté l'absence de données épidémiologiques fiables concernant les populations migrantes. Les seules données disponibles concernent actuellement le sida, et nous

donnent donc une image obsolète de l'épidémie. Le recueil très récent des données épidémiologiques concernant tous les nouveaux dépistages devrait nous permettre d'avoir une idée plus fiable et proche de l'actualité concernant l'évolution de l'épidémie chez les migrants. Mieux connaître le profil de l'épidémie chez les migrants, c'est mieux s'armer pour la combattre... Les réticences sur la stigmatisation que peut engendrer la catégorisation ethnique des relevés épidémiologiques paraissent aujourd'hui obsolètes ; il faut pouvoir en effet identifier et "veiller", afin de déterminer les choix de santé publique envers les populations les plus exposées.

LES FEMMES, ENCORE ET TOUJOURS DES CAS PARTICULIERS

Plusieurs intervenants ont souligné la position très particulière des femmes au sein de la communauté. Dans une population à risque sexuellement active et au taux de fécondité élevé, c'est tout naturellement chez les femmes enceintes que le dépistage va être réalisé de la façon la plus systématique. L'annonce de la séropositivité au cours de la grossesse n'est pas le moment opportun en termes de prévention. Le conjoint ne sera pas toujours informé de la découverte de la séropositivité, et, s'il l'est,

ne s'engagera pas nécessairement dans une démarche de dépistage volontaire.

Par ailleurs, comme l'ont démontré plusieurs études épidémiologiques dans les pays d'Afrique australe, les femmes sont surexposées au risque de contamination par le VIH pour des raisons médicales, mais également sociales. Ces conditions sont souvent transposables dans la communauté migrante, et il est important de les prendre en compte dans les interventions de prévention.

CONCLUSION

Les débats ont donc été riches. Quarante-vingt-dix minutes de discussion n'étaient pas suffisantes pour épuiser le sujet mais, malgré le nombre élevé de participants, beaucoup ont pu prendre la parole pour exprimer leurs difficultés et leurs expériences positives. Une chose est certaine : l'importance de l'investissement personnel des acteurs de terrain. Malgré l'immensité de la tâche restant à accomplir, l'enthousiasme était bien plus fréquent que le découragement. L'une des conclusions de l'atelier est probablement qu'en essayant d'apprendre un peu aux autres, on apprend beaucoup soi-même...

J.M. Chapplain, C. Arvieux, Rennes

M. Cayemittes,
EPSAN Brumath

"Prévention en milieu psychiatrique"

À l'instar de la circulaire d'août 1996 concernant la prévention du VIH auprès des populations soignées dans les hôpitaux psychiatriques, plusieurs comités sida se sont créés à travers la France. Ces comités sont plus ou moins actifs et entreprenants, et lors des Assises à Toulouse, trois d'entre eux ont été représentés. Au-delà de leur travail particulier, ils se rejoignent dans une réflexion sur les particularités de la prévention en psychiatrie, ses enjeux et ses obstacles.

Après une présentation générale de la situation actuelle et des préoccupations des différentes instances sanitaires et politiques par C. Charmasson, deux représentants des comités sida d'un établissement de Brumath (Bas-Rhin) et de Blain (Loire-Atlantique) ont exposé leur travail.

✓ **Le comité sida de l'EPSAN à Brumath**, créé en 1996, axe ses premières réflexions sur la prévention et la prise en charge d'exposition au sang. Dans un deuxième temps, un travail à destination des patients com-

mence avec la mise en place d'un distributeur de préservatifs et des journées d'information par un organisme extérieur : l'équipe mobile d'information et de prévention du sida. Devant l'accueil assez ouvert à ces différentes démarches et pour orienter un travail ultérieur, une enquête a été réalisée auprès des soignants pour aborder la question de la transmission du VIH et sa prévention, et leurs particularités en psychiatrie. Le comité avait organisé en décembre 2002 une journée de réflexion et d'échanges, qui

avait pour thème "Et si on parlait sexualité ?". Elle a conclu à l'incontournable nécessité d'intégrer la dimension affective et sexuelle de l'individu dans la prise en charge, notamment psychiatrique. La réflexion actuelle du comité sida est la méthodologie possible pour un tel travail avec les soignants et les patients, en milieu institutionnel.

✓ **Le comité sida de l'établissement de Blain**, créé en 1994, mène la même réflexion. Pour commencer, il a réalisé une enquête auprès des soignants et des patients pour évaluer la sexualité de ces derniers et leurs connaissances sur le sida. L'enquête a conclu à un manque d'information des soignants et des soignés, à l'existence d'une sexualité, souvent clandestine, avec la notion de violences sexuelles, à l'hétérogénéité de la population accueillie.

Le comité a conduit un travail de prévention auprès des soignés sous la forme de réunions, en dehors des unités de soins,

assisté d'un matériel pédagogique adapté et sous couvert de confidentialité. Ces réunions représentent pour les patients un espace de parole sur leur sexualité, leurs interrogations sur le choix du partenaire, le fait de pouvoir dire "non".

Ce comité travaille sur la modification du règlement intérieur concernant l'interdiction des relations sexuelles dans l'établissement et développe son partenariat avec la DDASS pour l'obtention d'un matériel éducatif adéquat et de préservatifs.

Cette réflexion sur le règlement intérieur dans les établissements concernant la sexualité des patients a permis à M. Casagrande (juriste) d'exposer le cadre légal de ce sujet. Les textes applicables et la loi hospitalière (y compris la loi du 4 mars 2002 concernant les droits des malades) n'apportent aucun élément spécifique. La sexualité est un droit, et peut s'analyser comme une modalité d'expression de la liberté individuelle, par ailleurs protégée par le respect de la vie privée.

La liberté sexuelle pourrait être limitée par le législateur, à travers la loi ou la jurisprudence, la déontologie professionnelle, médicale ou paramédicale, l'autorité médicale ou administrative. Dans une certaine mesure, la prise en charge et la sécurité des patients peuvent exiger la mise en place de restrictions directes ou indirectes à leur liberté.

Les seuls points précis concernent l'interdiction des relations sexuelles entre les personnels (pendant le temps de travail), et les relations sexuelles entre personnel et patient (au moins pour les professions réglementées : infirmiers, médecins, etc.)

À défaut d'interdits, des limitations peuvent exister, résultant de l'organisation et du fonctionnement du service, ainsi que de la sauvegarde de la santé et de la sécurité des patients.

M. Cayemittes,
EPSAN Brumath

M. Barone, C. Delpierre,
CISIH Toulouse

"Prévention en milieu scolaire"

Une quarantaine de personnes étaient présentes à cet atelier. Des discussions et des échanges ont insisté sur les sujets suivants, concernant l'intervention "idéale" :

✓ Les demandes les plus intéressantes sont celles qui proviennent des équipes éducatives et paramédicales intéressées et mobilisées.

✓ L'intervention s'inscrit dans une démarche globale visant à sensibiliser et à informer les jeunes dans le domaine de la sexualité.

✓ L'objectif principal reste la prévention des infections sexuelles transmissibles et du VIH, mais aussi l'abord de la question de la sexualité et de la prise de risque.

La méthode la plus pertinente consiste à effectuer un questionnement anonyme des élèves avant l'intervention. Ces questions sont triées par thèmes, sans oublier les

questions simples et essentielles, souvent non posées.

✓ Il faut tenir compte de la disparité des élèves et de la mixité.

✓ Le nombre d'élèves doit être limité (inférieur à 30).

✓ Éviter la notion de cours théorique et installer un dialogue de confiance entre intervenants et élèves.

✓ Les supports utilisés sont souvent des panneaux d'information et des documents de prévention (ONUSIDA, CPAM...), avec distribution de préservatifs féminins et masculins.

✓ La mixité des intervenants est préférable. Prévoir impérativement du temps, en fin d'intervention, où les intervenants puissent être disponibles pour répondre aux questions individuelles

✓ La durée de l'intervention : soit une ou

deux journées dans le cadre d'une démarche plus globale de l'établissement lors de journées de prévention, soit des séances de deux heures répétées à différentes classes se succédant les unes aux autres, soit une ou deux heures.

✓ Travail en collaboration indispensable avec les différents acteurs de prévention dans le département.

De telles actions nécessitent :

✓ Une évaluation de l'intervention par les élèves.

✓ La formation des intervenants.

✓ D'améliorer la coordination des différents acteurs de prévention pour améliorer les actions.

✓ De faire des interventions sur deux ou trois séances pour les mêmes élèves.

M. Barone, C. Delpierre, CISIH Toulouse

“Prévention en prison”

Drogues, virus, prison, détenus et soignants : un système complexe d'actions et d'interactions

Nous tenterons ici de mettre en exergue des problèmes et des dysfonctionnements identifiés lors de la prise en charge des détenus dépendants, sans, bien entendu, chercher à refléter une situation générale, mais des cas encore nombreux où le soin est altéré dans le milieu carcéral, ou plutôt par lui.

Situation dans les prisons françaises

Les polytoxicomanies sont très fréquentes en prison, mais si les actions d'éducation à la santé et de prévention sont largement promues, les matériels d'injection et d'inhalation sont encore souvent partagés et les pratiques sexuelles rarement protégées, faute de réels programmes de réduction des risques.

Les échecs scolaires, les exclusions sociales, les problèmes judiciaires, les désinsertions familiales ne favorisent pas l'accès au système de soins, ni aux messages de prévention. Les infections virales (VHC, VIH) sont dix fois plus représentées que dans la population générale. Les statuts sérologiques ont été longtemps ignorés dehors, et les maladies de l'exclusion jamais ou mal prises en charge ; et à cela s'ajoutent de nombreuses maladies mentales, des problèmes d'hygiène, d'alimentation...

Depuis bientôt dix ans, le soin en prison a été confié aux services hospitaliers, afin de les rendre plus indépendants des contraintes carcérales. Mais des constats alarmants concernent des offres de soin insuffisantes. Cela a été éclairé par deux études "ObsTox", portant sur les pratiques et les représentations des professionnels du soin exerçant en prison vis-à-vis des détenus dépendants, et sur une enquête sociologique sur la prescription en prison.

Les traitements de substitution sont encore souvent peu nombreux, peu prolongés, peu dosés. Le plus souvent renouvelés, ces traitements sont rarement prescrits ; les primo-prescriptions sont esquivées, cédant la place à des sevrages parfois rapides ou sauvages. La distribution est encore surveillée, allant jusqu'à vérifier la vacuité de la bouche après chaque prise, sacrifiant alors parfois l'efficacité du produit, comme en diluant la buprénorphine dans un verre d'eau. Les dosages urinaires, ou des systèmes d'"information" carcéraux, justifient des exclusions. Des contrats thérapeutiques très rigides et unilatéraux rendent la relation non négociée. La mise en science d'une logique étrange oppose insertion et inclusion, peine et exclusion. Des traitements sont limités en nombre pour conserver la légitimité d'un dispositif vis-à-vis de tutelles en justifiant alors d'une activité, même réduite.

La prise en charge d'une exposition virale récente en prison se heurte à de nombreuses difficultés, parmi lesquelles le fait que cela touche à des pratiques interdites (il n'y a ni drogue ni sexe en prison...), et aussi à un manque de réactivité des services de soin. Les actions de sensibilisation sont difficiles, en tous cas collectivement, les détenus hésitant à s'inscrire dans des groupes, ce qui pourrait les identifier comme "toxicos" ou "homos".

Les pratiques soignantes en milieu carcéral se lisent comme des actes symboliques posés dans un lieu symbolique. Des contraintes pénitentiaires, plus ou moins palpables, gênent le soin, empêchent le secret. La logique de la maîtrise est contradictoire avec la nécessité de responsabiliser les patients et avec la possibilité de faire de la prévention active. Les trafics et les mésusages préoccupent souvent trop les soignants, alors versés malgré eux dans le champ sécuritaire. L'absence de secret devient partie intégrante du système d'information carcéral. Panoptisme et omniscience caractérisent ce milieu fermé et totalitaire dont le but est la maîtrise. Une adaptation du soignant est ici nécessaire, obligatoire, et la difficulté est de ne pas verser dans une tentation perverse faisant endosser un rôle sécuritaire ou sur-sécurisé par la loi du terrain. Des prises en charge soumises à des contraintes, ou en engendrant, sont facilitées ou suscitées par un milieu carcéral permettant la maîtrise de l'individu et du groupe. Des refus, des exclusions, des choix non négociés, des épreuves ritualisées et des maîtrises imposées de la douleur démontrent parfois la difficulté de s'adapter à un milieu aussi sécurisé et puissant sans l'adopter. L'omniscience et le pouvoir sapiteur du prescripteur s'appuient sur une relation privilégiée à l'économie sociétale spécifique de la prison, profitant immanquablement de sa sécurisation, mais parfois de sa contrainte. Ici, alors, idéologies et préconceptions font loi.

Les préconceptions sont fortes de la part de certains soignants

Le traitement de substitution crée de nouvelles dépendances, favorise le trafic et le mésusage et transforme le médecin en dealer. Il est perçu comme un dû.

Le détenu toxicomane a peu de chances de s'en sortir. Il est pervers et manipulateur, et la prison n'est pas un lieu de soin, pour lui en particulier.

Prison et virus

Les dépistages de maladies virales sont souvent systématiquement proposés.

Si les traitements et les suivis d'infections VIH ne semblent pas poser de problème aujourd'hui, en revanche, les traitements des hépatites C sont encore rares, malgré une prévalence importante de cette affection, et une incidence probablement très forte au sein des prisons.

Cette anomalie est expliquée par des difficultés organisationnelles et institutionnelles, mais est superposable avec le cas du soin au toxicomane, laissant supposer que des déterminants idéologiques interviennent.

La prison est un lieu de contamination virale. Les usages de drogues injectées ou inhalées se font hors de tout programme d'échange de matériel. L'eau de Javel fournie aux détenus n'est pas accompagnée d'un guide de bonnes pratiques, et n'a pas fait les preuves de son efficacité. Les actes sexuels, pas toujours consentis, ne sont protégés qu'exceptionnellement. Les échanges de rasoirs, aiguilles à tatouer... sont fréquents, et que dire du matériel du coiffeur de la prison !

De la difficulté de la pratique médicale en prison

De la difficulté de la pratique médicale en prison

Les pratiques soignantes en milieu carcéral se lisent comme des actes symboliques posés dans un lieu symbolique.

Des contraintes pénitentiaires, plus ou moins palpables, gênent le soin, empêchent le secret. La logique de la maîtrise est contradictoire avec la nécessité de responsabiliser les patients et avec la possibilité de faire de la prévention active.

Les trafics et les mésusages préoccupent souvent trop les soignants, alors versés malgré eux dans le champ sécuritaire. L'absence de secret devient partie intégrante du système d'information carcéral. Panoptisme et omniscience caractérisent ce milieu fermé et totalitaire dont le but est la maîtrise. Une adaptation du soignant est ici nécessaire, obligatoire, et la difficulté est de ne pas verser dans une tentation perverse faisant endosser un rôle sécuritaire ou sur-sécurisé par la loi du terrain. Des prises en charge soumises à des contraintes, ou en engendrant, sont facilitées ou suscitées par un milieu carcéral permettant la maîtrise de l'individu et du groupe.

Des refus, des exclusions, des choix non négociés, des épreuves ritualisées et des maîtrises imposées de la douleur démontrent parfois la difficulté de s'adapter à un milieu aussi sécurisé et puissant sans l'adopter. L'omniscience et le pouvoir sapiteur du prescripteur s'appuient sur une relation privilégiée à l'économie sociétale spécifique de la prison, profitant immanquablement de sa sécurisation, mais parfois de sa contrainte. Ici, alors, idéologies et préconceptions font loi.

Ainsi, dans cet endroit où le secret est relatif et où le silence désigne, le jugement se reproduit, et la suspicion semble suffire à prouver la culpabilité. Pourrais-je alors choisir de prendre en considération un sujet, ou non, en fonction de mon échelle de valeur ? Pourrais-je assujettir au soin des notions de mérite, d'appropriation, de rédemption ?

Le soin en prison : une pratique méritant d'être valorisée

De nombreux soignants assument une tâche difficile, malgré les obstacles du ter-

rain, la violence qui y règne, et même si les besoins démesurés de la population carcérale ne sont pas mesurables par les moyens affectés dans les services de soin. Des professionnels multiplient les actions éducatives et préventives, recherchent les moyens de favoriser le soin et de l'améliorer. Plus nombreux seront ces "militants de la cause", plus vite seront oubliés les dysfonctionnements actuels.

La réalité de la prison, c'est celle de dehors, que l'on a souvent enfermée faute de mieux. Les murs font résonner les détresses

et amplifient les difficultés. Dehors, cette population exclue a connu les stigmatisations, les appropriations, les idéologies et les volontés de maîtrise ou de rédemption. Mais dehors, le choix de l'intervenant existe, ce qui n'est pas le cas en prison. Cette situation de monopole oblige à proposer un soin toujours meilleur, pour ne pas redevenir un outil de la peine.

P. Griguère,
UCSA de Château-Thierry

V. Achart-Delicourt, S. Mehadjri,
Paris

Ateliers infirmiers (ières) "Fuzéon[®] : administration et vie quotidienne"*

Une cinquantaine de professionnels de santé ont assisté à cet atelier, qui a abordé l'éducation du patient et son soutien à l'observance.

L'éducation du patient (C. Sirot, Paris)

Le Fuzéon[®] est le premier inhibiteur de la fusion, représentant une nouvelle classe thérapeutique. Son mécanisme d'action est original, puisqu'il agit avant l'entrée du virus dans la cellule. Il est indiqué, en association avec d'autres antirétroviraux, dans le traitement des patients infectés par le VIH-1 en échec à un traitement comprenant au moins un médicament de chacune des classes antirétrovirales suivantes : inhibiteur de protéase, analogues non nucléosidiques de la transcriptase inverse, analogues nucléosidiques de la transcriptase inverse, ou présentant une intolérance aux traitements précédemment cités.

En pratique, le Fuzéon[®] doit être administré uniquement par injections sous-cutanées

dans la partie haute du bras, la face antérieure de la cuisse ou l'abdomen. La posologie est d'une injection sous-cutanée de 90 mg toutes les 12 heures. En cas d'insuffisance rénale, aucun ajustement posologique n'est nécessaire lorsque la clairance de la créatinine est supérieure à 35 ml/mn. Il n'y a pas de données chez les sujets âgés de plus de 65 ans.

Le Fuzéon[®] ne nécessite pas d'être conservé au réfrigérateur. Il faut garder le flacon dans son emballage d'origine et à l'abri de la lumière. Une fois la reconstitution faite, le Fuzéon[®] peut être conservé 24 heures maximum au réfrigérateur (entre + 2 °C et + 8 °C). L'injection doit être faite pendant ces 24 heures. Le coût journalier est de 42 euros. Matériel nécessaire (Fuzéon[®] 90 mg/ml, poudre et solvant pour solution injectable) :

- ✓ un flacon de 3 ml contenant 108 mg de Fuzéon[®],
- ✓ un flacon d'eau pour préparation injectable de 2 ml (volume à prélever : 1,1 ml),
- ✓ des compresses alcoolisées,
- ✓ une seringue avec aiguille rétractable (blanche, 1 cc/ml pour l'injection),
- ✓ une seringue avec aiguille rétractable

(bleue, 3 cc/ml pour la préparation).

Sécurité des seringues rétractables : lorsque le piston est poussé à fond, l'aiguille rentre automatiquement dans la seringue.

Le kit d'accompagnement comporte : un grand sac pour un mois de traitement, une cassette vidéo de démonstration, un livret éducatif, une trousse pour une semaine de traitement (isotherme, possibilité d'y mettre un glaçon type *freeze pack*), une boîte jaune pour la collection des seringues usagées.

La préparation et l'injection comportent les étapes suivantes :

- ✓ se laver les mains ;
- ✓ préparer son matériel ;
- ✓ désinfecter le sommet des flacons avec des compresses alcoolisées ;
- ✓ prélever de l'eau pour préparation injectable dans la grande seringue de 3 cc/ml (bleue) ;
- ✓ injecter de l'eau pour préparation injectable dans le flacon de Fuzéon[®] ;
- ✓ dissoudre la poudre de Fuzéon[®] dans de l'eau pour préparation injectable
- ✓ prélever Fuzéon[®] dans la petite seringue de 1 cc/ml (blanche) ;
- ✓ choisir un site d'injection ;

* Cet atelier a été sponsorisé par le laboratoire Roche.

- ✓ pratiquer la désinfection cutanée avec une compresse alcoolisée ;
- ✓ faire un pli cutané, piquer à 45 ° ou à 90 °, puis injecter Fuzéon® ;
- ✓ jeter les seringues cutanées dans le collecteur à déchet jaune prévu à cet effet.

Des réactions au site d'injection s'observent fréquemment avec le Fuzéon®. Les plus courantes sont une démangeaison, un œdème, une rougeur, une douleur ou une sensibilité douloureuse, un durcissement de la peau, des nodules. La plupart des personnes présentant des réactions au site d'injection peuvent poursuivre le traitement. En général, ces réactions durent moins d'une semaine, et peuvent être diminuées grâce à un massage efficace de 15 minutes.

Quelques consignes importantes doivent être rappelées : ne jamais secouer la reconstitution du produit, respecter le temps de repos du produit (45 minutes), ne pas oublier de changer de site à chaque injection, utiliser toujours un site différent de la précédente injection et qui ne présente aucune réaction cutanée (douleur, gêne) ou lésion cutanée, ne jamais effectuer les injections du matin et du soir au même endroit, masser le point d'injection si possible pendant 15 minutes ; le temps entre deux injections est de 12 heures.

Préparation du patient et soutien de l'observance (C. Tourette-Turgis)

■ **État des lieux des recherches et consensus.** Dans l'infection à VIH, il n'existe pas de recherches sur le degré d'observance d'un traitement biquotidien par injections et/ou auto-injections. En revanche, il existe un consensus, quel que soit le traitement, sur la nécessité de mettre en place dans les services VIH un accompagnement thérapeutique. Cet accompagnement s'appuie sur deux objectifs indissociablement liés :

- ✓ optimisation de la gestion du traitement,
 - ✓ optimisation de la qualité de vie du patient.
- Il existe une variété de programmes d'accompagnement thérapeutique qui ont démontré leur efficacité : MOTHIV (*counseling*), Éducation du patient.

■ Que faire pour réduire les obstacles à l'observance ?

- ✓ enseignement spécifique ;
- ✓ aide à la résolution des problèmes ;
- ✓ aide à l'appropriation de l'histoire thérapeutique ;
- ✓ soutien ;
- ✓ anticipation des événements stressants ;
- ✓ aide à la mise en place des routines adaptées au style de vie du patient ;

- ✓ exploration du degré de soutien de l'entourage.

L'observance thérapeutique désigne les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée, les capacités étant influencées positivement ou négativement par des cofacteurs interagissants :

- ✓ cognitifs (représentation, informations, motivations, attentes, vécu des effets indésirables) ;
- ✓ émotionnels (anxiété, stress, vie affective, état émotionnel négatif) ;
- ✓ sociaux (conditions de vie, degré de soutien, stigmatisation, qualité de la prise en charge sanitaire et sociale) ;
- ✓ comportementaux (routines, organisation, compliance, savoir-faire).

Pour en savoir plus sur l'observance thérapeutique, sur MOTHIV, sur le *counseling* :
<http://www.commentdire.com> ou
<http://www.counselingvih.com>

V. Achart-Delicourt (cadre infirmier),
S. Mehadjri (infirmière),
service des maladies infectieuses,
hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris

D. Rey, CISIH Strasbourg

Quelle place pour l'initiative privée dans la lutte contre le sida en Afrique ? *Secure the Future* (Sécuriser le futur), un programme de la fondation Bristol-Myers Squibb*

En introduction à la présentation de ce programme, P.M. Girard (Paris) a rappelé les paroles de Nelson Mandela (*IAS Paris, juillet 2003*) : "There is no excuse for delay", et l'urgence de l'accès aux traitements pour les patients des pays du Sud. Toutes les prévisions ont malheureusement été dépassées : elles sont maintenant de

100 millions de personnes infectées par le VIH à l'horizon 2010. L'impact socio-économique dramatique est utilisé depuis deux ans pour tenter de convaincre les politiques de l'urgence de cet accès aux antirétroviraux. En Afrique subsaharienne, seulement 1 % des 4,1 millions de personnes vivant avec le VIH et qui auraient besoin d'un traitement reçoivent des médicaments. Certains ont avancé qu'il fallait faire de la prévention avant de fournir des antirétroviraux (straté-

gie ayant un meilleur rapport coût/efficacité selon E. Marseille et al. [*Lancet* 2002 ; 359 : 1851-6]), mais c'est oublier que faire de la prévention, c'est aussi traiter les personnes atteintes. Peu après, K. de Cock (*Lancet* 2002 ; 360 : 67-72) a quand même montré que l'accès aux traitements dans ces pays était une priorité et une arme essentielle de contrôle de l'épidémie.

Pour l'ONUSIDA, les financements de la lutte contre l'épidémie demeurent très insuf-

* Symposium sponsorisé par le laboratoire BMS.

fisants (Benkimoun P, *Le Monde*, 23 septembre 2003). Il est pourtant bien démontré aujourd'hui que le traitement antirétroviral est efficace chez les personnes africaines (travail de R. Landman au Sénégal, *AIDS* 2003 ; 17 : 1017-22), avec plus de 90 % d'observance. Les coûts des traitements ont notablement diminué, grâce aux génériques ou à des programmes comme ACCESS. L'ONU a pris un engagement clair le 22 septembre 2003 : il n'y a aucun doute, l'accès au traitement est réalisable en pratique quotidienne. Fin 2005, 3 millions de personnes atteintes doivent être traitées. Est-ce la fin de "l'exceptionnalisme", comme le disait R. Bayer il y a déjà plus de dix ans (*N Engl J Med* 1991 ; 324 : 1500-4) ?

M. Kassambara-Sow (directeur du programme) nous a présenté "Sécuriser le futur". Ses missions sont de créer des conditions favorables à une amélioration significative et durable de la santé et de l'éducation des personnes, et de renforcer la capacité des communautés en matière de prévention et de soins.

Sur la base d'un partenariat entre secteurs publics et privés, les projets doivent être compatibles et complémentaires avec les priorités en matière de soins, adaptés au contexte local, irréprochables au plan éthique, innovants, durables et reproductibles. Ils sont mis en œuvre avec la participation de l'ONUSIDA, des autorités, des personnes vivant avec le VIH/sida, des communautés religieuses, des institutions médicales locales ou internationales et des ONG. Ils sont proposés par des organismes communautaires ou par des équipes médicales et de recherche, puis validés par un comité technique consultatif indépendant. Les objectifs sont de prévenir la transmission du VIH, de diminuer l'impact du VIH sur les individus, en priorité pour les femmes et les enfants atteints, et de contribuer à une prise de conscience des politiques sur l'urgence de l'accès aux traitements.

Le programme a débuté en Afrique australe (Lesoto, Namibie, Swaziland, Botswana, Afrique du Sud). À ce jour, 129 projets ont été financés à hauteur de 67 millions de dollars (budget total de 100 millions de dollars). Il a été lancé en Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, Sénégal) en 2001, où 16 projets ont vu le jour (pour 4,2 millions de dollars), dont 7 communautaires (prévention auprès des populations mobiles, promotion du conseil et du dépistage volontaire, soins à domicile...) et 9 médicaux (sécurité transfusionnelle, surveillance de la résistance aux antirétroviraux, formation et renforcement des compétences...).

Le suivi et l'évaluation sont assurés par M. Merson (faculté de Yales, États-Unis), en partenariat avec les agences locales. Le succès sera mesuré programme par programme, et non pas par le nombre d'infections VIH.

M. Kassambara-Sow a ensuite présenté un exemple de projet communautaire : "**Rail Link**", programme transfrontalier de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) et du VIH sur les axes ferroviaires Mali-Sénégal et Burkina-Faso-Côte d'Ivoire. Le secteur ferroviaire est ciblé parce que prioritaire pour les pays enclavés, le train étant le principal mode de déplacement des populations, dont la mobilité est un facteur de diffusion des IST. La population concernée par ce projet comporte les cheminots (3 250), les voyageurs (un million par an pour chacune des deux lignes), les policiers et douaniers affectés au chemin de fer et les populations satellites au niveau des gares (vendeurs ambulants, porteurs de bagages, restaurateurs, professionnelles du sexe). Le but est de diminuer le risque de vulnérabilité et de marginalisation de ces populations en mouvement, les composants de "Rail Link" étant une amélioration de la collaboration des autorités et des structures locales, de la prévention et de la prise en charge des IST ainsi que la promotion des



© Tous droits réservés

changements de comportement. Le projet comporte donc des programmes récréatifs et éducatifs diffusés à bord des trains sonorisés, des télé-animations dans les gares, la mise à disposition de préservatifs, des équipes d'hôtesse et d'agents de relais disponibles pour des informations, notamment sur les cliniques renforcées en contrôle des IST. En conclusion, un tel programme, qui cible des populations à risque et mobiles, doit renforcer l'action des organismes communautaires, en complément à des programmes existants, et pouvoir s'exporter à d'autres pays.

Enfin, **P.M. Girard** a présenté un exemple de projet médical : lymphocytes totaux (LT) comme marqueurs de l'immunité dans les pays à ressources limitées (*Badri M et al., AIDS* 2003 ; 17 : 541-5). Sur un effectif de 266 patients, une excellente corrélation a été observée entre la variation des LT et celle des lymphocytes CD4 sous traitement, de même qu'entre l'augmentation des LT et la baisse de charge virale. La sensibilité est de 83 %, la spécificité de 87 % (augmentation ou diminution des LT pour une variation similaire des CD4). Ainsi, les LT pourraient être un marqueur de substitution des CD4, et on pourrait les utiliser pour évaluer l'efficacité des antirétroviraux.

D. Rey, CISIH Strasbourg

L'évaluation des politiques de prévention en France et leur évolution

Mme Nicole Solier, responsable du bureau chargé des maladies sexuellement transmissibles et du sida à la DGS, fait un rappel historique de l'évolution des politiques de prévention en France de 1982 à 2001 avec les premières mesures autour du dépistage des dons d'organes et de sang, la mise en vente libre des seringues, la promotion des préservatifs, la mise en place des CDAG (88), le traitement post-exposition, les programmes d'éducation sexuelle en milieu scolaire, la création de l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS), de l'ANRS et du CNS, d'un programme interministériel piloté par la DGS division sida. Les actions de prévention sont décentralisées et des crédits alloués aux DDASS et DRASS, ainsi qu'à des programmes locaux associatifs. Le bilan de la politique de prévention est très contrasté. On note en effet des résultats encourageants pour les usagers de drogue par voie intraveineuse, avec cependant un retard de mise en œuvre préjudiciable, de même que pour les homosexuels. La poli-

tique d'éducation à la sexualité est ambiguë mais de diffusion lente. Il persiste de grandes lacunes pour les populations migrantes et les personnes en situation précaire. Les actions de proximité ont besoin d'être évaluées.

Les outils de suivi et d'évaluation de la politique de prévention restent insuffisants et un dispositif national de surveillance de la séropositivité VIH devient indispensable.

Les analyses épidémiologiques faisant craindre un relâchement des comportements de prévention, une nouvelle stratégie de prévention est donc mise en place pour les années 2001-2004.

Les actions de prévention sont intensifiées auprès des groupes prioritaires (homosexuels, usagers de drogues intraveineuses, personnes étrangères, séropositifs) et des jeunes. Elles sont relancées dans six régions de la métropole (Ile-de-France, PACA, Aquitaine, Midi-Pyrénées, Rhône-Alpes, Languedoc-Roussillon) et trois départements français d'outre-mer (Guyane,

Guadeloupe, Martinique) jugés prioritaires. Des programmes de prévention spécifiques sont mis en place au niveau national, avec une nouvelle désignation des CDAG sur la base d'un cahier des charges (arrêté d'octobre 2000) et de missions élargies aux hépatites. L'accès au traitement post-exposition est amélioré et défini par la circulaire de 2003. La prévention VIH-sida est intégrée dans la loi de santé publique et figure clairement sur la circulaire ministérielle.

Les programmes de prévention VIH sont articulés avec les autres programmes de santé PRS, PRAPS, hépatites. Mille cinq cents associations sont financées.

Les nouvelles missions de l'Institut national de prévention et d'éducation en Santé (INPES, mis en place en 2002) doivent être prises en compte.

Le cadre opérationnel reste le plan triennal, qui assure les crédits alloués jusqu'en 2004. Cependant, on a noté une réelle limitation des crédits en 2002.

C. Cheneau, CISIH Strasbourg



2^{ème} journée de formation Infirmiers(ères)-VIH

Vendredi 12 mars 2004
Sofitel Forum Rive Gauche, Paris



Nous sommes heureux de vous informer de la tenue d'une réunion destinée au personnel infirmier sur le thème de la prise en charge des patients VIH.

Comité d'organisation :

- E. Billaud (Nantes, SFLS)
- B. Canet (Infirmière, Marseille)
- D. Lacoste (Bordeaux, SFLS)
- B. Levy (Infirmière, Kremlin Bicêtre)
- B. Lindecker (Infirmière, Strasbourg)
- C. Marion (Infirmière, Orléans)
- C. Rigal (Infirmière, Montreuil)
- G. Valentini (Infirmière, Nice)
- M. Varan (Infirmière, Marseille)
- C. Bernasconi (Bristol-Myers Squibb)
- G-P Lignac (Bristol-Myers Squibb)

Les conférences-débats porteront sur :

- **Actualité sur les antirétroviraux**
- **Patients séropositifs et désir d'enfants**
- **Quelles peuvent être les réponses apportées par l'infirmier(ère) dans la prise en charge psychologique des patients infectés par le VIH ?**

Si vous souhaitez recevoir un carton d'invitation pour cette réunion, nous vous remercions de vous adresser à : Bristol-Myers Squibb
 Emmanuelle Antoine - Département des Relations Professionnelles
 3 rue Joseph Monier - BP 325 - 92506 Rueil Malmaison cedex
 Tél : 01 58 83 63 68 - Fax : 01 57 61 46 77 - E-mail : emmanuelle.antoine@bms.com



FORMATION

Immunologie et VIH

Les 5, 6 et 7 juin 2003 furent trois jours de voyage au cœur de l'immunologie...

A priori, cela fait plutôt peur... Mais a posteriori, quelle satisfaction !

Cette formation de trois jours, organisée par la FNCLS avec le soutien des laboratoires Abbott, a réuni dans les locaux de l'hôtel Mercure, à Nantes, une vingtaine de participants, parmi lesquels figuraient en majorité des médecins, mais aussi un pharmacien et un biologiste.

✓ Une première journée (huit heures d'immunologie fondamentale !) a été assurée par G. Blancho, néphrologue au CHU de Nantes : la grande clarté de ses propos, malgré la complexité du sujet, a rendu cette session passionnante et finalement très "pratique", permettant à tous de mieux appréhender les rapports entre le virus et les défenses immunitaires. Facteurs de mort (Fas) ou de croissance (Bcl2) cellulaires ainsi que mécanismes de l'apoptose (aussi importante au cours de l'infection elle-même que les phénomènes de lipotrophie ou du dysfonctionnement mitochondrial) n'ont plus de secret pour nous !

✓ La deuxième journée a permis de regrouper :
- Le point de vue du virologue (C. Rouzioux), qui nous a expliqué la physiopathologie de l'infection à VIH et l'importance du réservoir, nous permettant de mieux comprendre (entre autres) l'intérêt et les limites de l'étude du génotype en raison des phénomènes d'archivage.

- Le point de vue de l'immunologiste (M.L. Gougeon, Institut Pasteur), qui a abordé les sujets concernant l'homéostasie des lymphocytes T et l'immunité antivirale : rôle des récepteurs et des corécepteurs de membrane, importance des chimiokines, équilibre de la balance TH1/TH2, retentissement des traitements sur le tissu grasseux et l'insuline, rôle des cytokines...

- Enfin, le samedi était réservé à Y. Levy (qui a publié à la CROI les résultats de l'essai VACCIL2, ce qui a fait couler beaucoup d'encre...). Il nous a convaincus du bien-fondé de l'immunothérapie (IL-2), et a expliqué les difficultés (mais aussi tout l'intérêt) de mettre en place des stratégies de vaccination thérapeutique.

Finalement, après ces trois jours, chacun des participants a pu constater que cette formation devrait être obligatoire tant elle apporte de moyens de compréhension des mécanismes de cet hallucinant combat entre le VIH et des défenses immunitaires.

Nous vous recommandons vivement de vous inscrire l'année prochaine !

P. Perré, La Roche-sur-Yon, participant

Neurologie, psychiatrie et VIH - Prescription de psychotropes

Cette deuxième session de la formation qui s'est tenue à Arcachon (19-20 juin 2003) a permis à une quinzaine de professionnels de bénéficier de l'apport d'experts : Drs J.M. Mussini, neurologue (Nantes), J. Gasnault, neurologue (Le Kremlin-Bicêtre) et P. Rager, psychiatre (Bordeaux), Mmes D. Breilh, pharmacienne (Bordeaux) et D. Jammet, psychologue (Bordeaux), Mlles A. Desmet, assistante socio-éducative (Le Kremlin-Bicêtre) et S. Padilla, assistante socio-éducative (Bordeaux).

L'accent a été donné, en dehors des aspects somatiques, sur les généralités concernant les troubles de la personnalité et la prescription des psychotropes, avec quelques notions de base concernant les interactions médicamenteuses, la pharmacocinétique et la iatrogénie associée aux antirétroviraux.

En dehors des apports théoriques, la deuxième journée a été consacrée à un travail sur les cas cliniques en deux groupes permettant de mettre en exergue les spécificités de chaque région dans la prise en charge de ce type de problème, et, à cette occasion, de bénéficier de l'expérience des autres participants.

Comme en 2002, une petite virée sur le bassin d'Arcachon en soirée a agrémenté ce séminaire...

D. Lacoste, Bordeaux

SFLS

Président : D. Lacoste

Secrétaire : P. Simonet

Secrétaire adjoint : G. Pialoux

Trésorier : D. Rey

Trésorier adjoint : D. Grosshans

Vice-présidents et présidents des Commissions :

Formation : E. Billaud

Nord-Sud : W. Rozenbaum

Organisation des soins : J. Keynes

Psychiatrie-psychologie :

C. Charmasson

Fabrication, diffusion et régie publicitaire

Société éditrice : ALJAC SA

Locataire-gérant d'Edimark SA

62-64, rue Jean-Jaurès

92800 Puteaux

Tél. : 01 41 45 80 00

Fax : 01 41 45 80 01

Président-directeur général :

C. Damour-Terrasson

Directeur commercial :

S. Huleux-Netchevitch

Directeur de clientèle :

J. Lévy

Secrétaire de rédaction :

B. Hacquard-Siourd

Conception graphique :

M. Beaugendre

Comité de rédaction

Rédacteur en chef :

D. Rey (Strasbourg)

Rédacteur en chef adjoint :

T. Prazuck (Orléans)

Rédacteurs associés :

E. Billaud (Nantes)

M. Boulart (Tourcoing)

C. Charmasson (Paris)

D. Lacoste (Bordeaux)

X. de La Tribonnière (Tourcoing)

V. Laurent (Strasbourg)

G. Pialoux (Paris)

F. Tuloup (Bordeaux)

Les articles publiés dans *La Lettre de la SFLS* le sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs.

Tous droits de reproduction, d'adaptation et de traduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Directeur de la publication

Denis Lacoste

Imprimé en France,

Differdange S.A.,

95111 Sannois Cedex.

Dépôt légal à parution.