

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

There are no translations available.

Le test du Sida : description, signification, qui doit le faire ?

Questions à aborder:

- quand le résultat du test est négatif
- quand il est positif

TABLE DES MATIÈRES

1. Présentation
2. Description du test du Sida
3. Signification du test du Sida
4. Signification d'un résultat négatif du test du Sida
5. Signification d'un résultat positif douteux du test du Sida
6. Qui doit faire le test du Sida ?
 1. Ce test doit être proposé par un médecin avant tout aux personnes qui ont été mises en situation de risque d'être contaminées La notion de comportement à risques
 2. Dans certains cas, des personnes demandent spontanément à faire ce test
 3. Limites et indications de la pratique systématique du test du Sida
 4. Modalités pratiques de la prescription du test du Sida
 5. Prescription du test de l'hépatite C avec celui du Sida : pourquoi et pour qui ?
6. Les questions à aborder quand le résultat du test du Sida est négatif
 1. L'annonce des résultats
 2. Rappel des modes de contamination par le virus du Sida
 3. Rappel des moyens de prévention contre la transmission du Sida par voie sexuelle
 1. Mode d'emploi du préservatif
 2. Utilisation du préservatif : la réalité des statistiques
 3. Utilisation du préservatif : les problèmes posés par la sexualité et par les perceptions du risque vital
 4. Rappel des moyens de prévention de la transmission du sida par voie sanguine
 1. Chez l'utilisateur de drogues
 2. Chez les personnels de santé
 3. Chez les voyageurs
 4. La question du vaccin contre le Sida

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

5. Les questions à aborder quand le résultat du test du Sida est positif
 1. Comment absorber le choc de l'annonce des résultats
 2. L'information préliminaire sur le suivi médical
 3. Conseils pratiques : sur les moyens de s'informer sur le droit à la prise en charge par la sécurité sociale, sur d'autres aides sociales ou médicales, sur l'exclusion
 4. Rappel des modes de contamination et des moyens de prévention : idem 7.b, 7.c, 7.d.1 et 7.d.2

 5. Conclusion
-

1. Présentation

Faire le test du Sida nécessite de recevoir une information appropriée et claire sur certains points, afin d'éviter les incertitudes inutiles et de propager de fausses vérités. À l'occasion de cet examen, le médecin doit transmettre impérativement certains messages et être capable de répondre à toute une série de questions de toute sorte, en évitant des simplifications qui seraient réductrices. En abordant le thème du test du Sida, nous serons amenés à évoquer ou à développer la plupart des domaines médicaux concernant le Sida, mais aussi l'hépatite C, dont les modes de transmission sont similaires, et dont l'allure épidémique est confirmée. Parler du test du Sida nous conduira aussi à envisager d'autres domaines du quotidien, comme la sexualité, l'exclusion, l'angoisse existentielle et la mort. La première version de ce texte a été établie à l'occasion de conférences destinées à la formation de médecins qui sont amenés à proposer ce test à des personnes et à leur remettre ensuite le résultat. Leurs auteurs considèrent que la lecture de ce texte ne pourra qu'être bénéfique à toute personne.

2. Description du test du Sida

Le test* du Sida, ou sérologie du VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine), disponible depuis 1985, fait appel à deux techniques de dosage.

Le dépistage est assuré, dans un premier temps, par une technique elisa.

Les laboratoires doivent effectuer deux tests elisa sur chaque prélèvement (cette obligation légale n'est pourtant pas encore réalisée dans les centres de transfusion sanguine, pour des motifs économiques inconcevables !).

Dans le cas où ce premier test se révèle positif, on refait un dosage par une technique de Western blot. Il en est de même si deux tests elisa donnent des résultats douteux.

Ce deuxième test permet, soit de confirmer une positivité, soit d'éliminer un faux positif obtenu avec le test elisa.

Le Western blot permet de caractériser les réactivités obtenues vis-à-vis des différentes

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

protéines du VIH ; il est considéré comme positif s'il y a présence d'anticorps de la personne dirigés contre les protéines d'enveloppe (gp41, 120, 160), associée à au moins un anticorps dirigé contre une protéine interne du virus (P18, 24, 34, 40, 51, 55, 68).

* Ce test permet de détecter simultanément le VIH1, ainsi que le VIH2 qui est beaucoup moins répandu (Sénégal, Guinée-Bissau, etc.).

Le VIH possède 3 gènes codant pour différentes protéines = gag (pour "groupe antigène" codant pour des protéines internes ou de "core" = p50 et 40 qui se cliveront en p13, 18 et 24), pol (pour "polymérase" codant pour des enzymes nécessaires à sa réplication comme p68 pour la reverse-transcriptase et p34 pour l'intégrase) et env (pour "enveloppe" codant pour des glycoprotéines gp110 et 41 issues de gp160 ; la gp110 est une partie de l'enveloppe permettant la pénétration du virus dans la cellule-cible, le lymphocyte T4 ou le macrophage, en interagissant au niveau du récepteur de sa membrane cellulaire ; la gp41 induit en plus la fusion cellulaire ou syncytium qui est un des éléments cytopathogènes du VIH).

Précisons que le VIH, contrairement aux autres rétrovirus, possède d'autres gènes intervenant dans sa réplication et expliquant son pouvoir hautement pathogène.

3. Signification du test du Sida

Un test positif confirmé par Western blot signifie que le sujet a été contaminé par le virus VIH, ou, plus exactement, qu'à la suite d'un contact avec ce virus, son système immunitaire a fabriqué des anticorps. En effet, ce test n'explore que la présence d'anticorps et non pas directement celle du virus. Seules des techniques utilisées dans certains laboratoires de recherche (amplification du génome par PCR) peuvent mettre en évidence directement la présence d'une partie du virus. Ce test ne permet pas de préciser la date de la contamination.

Cependant, le Western blot donne, pour chaque réponse en anticorps, un dosage semi-quantitatif (positif, faiblement positif, négatif). Une réponse en anticorps positive sur tous les anticorps est plutôt en rapport avec une réaction adéquate du système immunitaire du sujet ; ce qui est souvent le cas au cours des premières années de l'infection, et inversement. En effet, la cinétique antigène-anticorps débute juste après la contamination par une apparition transitoire de l'antigène p24 du virus, suivie, après une période de quelques mois (parfois cependant plus longue), de l'ascension de l'anticorps p24 au moment de la séroconversion. Après plusieurs années d'évolution, l'antigène réapparaît, précédé d'une chute des anticorps.

4. Signification d'un résultat négatif du test du Sida

Un test négatif par elisa n'a pas, a priori, besoin d'être confirmé par Western blot.

Il signifie qu'il y a une grande probabilité que la personne n'ait pas été infectée par le VIH. En

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

raison de la possibilité d'un risque incompressible (technique de dosage) de résultat faussement négatif (estimé à 1/100 000 - voire 1/1 000 000 - suivant les banques de sang), on ne peut pas affirmer à 100 % l'absence de contamination.

L'autre raison en est que l'apparition des anticorps peut, dans certains cas, se faire au-delà des trois mois qui suivent la contamination.

En effet, de rares cas où cet intervalle a été d'un an - voire de plusieurs années - ont été décrits, notamment dans le cadre du suivi de sujets séropositifs dans le plus ancien groupe étudié (San Francisco), où ces cas ont pu être dépistés par des techniques de recherche (amplifications du génome du virus par PCR).

En raison de la gravité du pronostic vital que fait peser cette infection, et en raison de son caractère hautement épidémique (plus de 20 millions de personnes ont été contaminées et 4,5 millions de cas de Sida ont été répertoriés depuis le début de l'épidémie, d'après une estimation faite au 30/06/1995 par l'OMS), on ne peut donc pas affirmer, sous couvert des statistiques, qu'un test négatif élimine totalement le risque d'avoir été contaminé.

On ne peut donc que recommander de refaire le test quelques mois plus tard (trois mois, ou plus ?) si la personne a été mise en situation évidente de risque d'avoir été contaminée (cf. infra). Il faut cependant savoir que le renouvellement de ce test améliorera certes la fiabilité du résultat, mais sans jamais atteindre 100 %.

5. Signification d'un résultat positif douteux d'un test du Sida

En ce qui concerne les rares cas de positivité sur un test elisa, non retrouvé sur test Western blot, il est conseillé de faire des contrôles biologiques à distance.

Cela a été décrit récemment chez des personnes atteintes de pemphigus, de lupus érythémateux, d'érysipèle, d'eczéma chronique et de prostatite chronique.

Des réactions croisées entre les anticorps du VIH et d'autres anticorps (en rapport notamment avec des maladies auto-immunes) expliqueraient ce phénomène (congrès de Yokohama, 1994).

Le sang de ces personnes ne doit pas être utilisé pour la transfusion, bien que, dans certains cas, ces personnes se révèlent indemnes avec le temps.

De même, la vaccination anti-grippale peut interférer avec le résultat du test HIV. En effet, une étude a montré que 0,6 à 1,7% des personnes vaccinées durant l'hiver 1991 avaient eu un résultat positif sur les tests élisa pour le VIH, ainsi que pour un autre rétrovirus (HTLV-1) et pour le virus de l'hépatite C.

Les tests de confirmation ont infirmé toute contamination de ces personnes. Cette fausse séropositivité se maintient pendant 2 à 5 mois, et parfois plus, et persiste beaucoup plus longtemps pour le virus de l'hépatite C (Mackensie et coll., JAMA, 1992, 268, 8, 1015).

Rappelons que la vaccination anti-grippale est recommandée pour les sujets de plus de 65 ans fragilisés et pour ceux qui sont atteints par certaines maladies respiratoires ou certaines cardiopathies, et que la plupart des angines, bronchites et sinusites ne sont pas causées par le virus de la grippe !

6. Qui doit faire le test du Sida?

6.A. Ce test doit être proposé par un médecin avant tout aux personnes qui ont été mises en situation de risque d'avoir été contaminées ** :

- rapport sexuel (hétérosexuel ou homosexuel) non protégé de façon adéquate (cf. infra) avec un partenaire inhabituel. C'est le cas de personnes ayant plusieurs partenaires successifs ou simultanés ; mais c'est aussi le cas de rapports dans le cadre des premiers mois (6 à 12 mois ?) d'une nouvelle relation survenant après la rupture d'une précédente relation, qui a pu cesser plusieurs années auparavant.
- rapport sexuel non protégé avec un partenaire séropositif connu.
- antécédents récents ou anciens, même incertains, d'échange de seringues dans le cadre de la toxicomanie intraveineuse et en cas de conjoint ayant des antécédents, récents ou anciens, de toxicomanie.
- à toute personne ayant reçu, en France, des transfusions de produits sanguins avant le 1er août 1985 (date avant laquelle ces tests n'étaient pas réalisés systématiquement dans les centres de transfusion), mais aussi après 1985, en raison de rares cas de résultats faussement négatifs (cf. supra).
- en cas d'antécédents de transplantations de tissus (y compris insémination de spermatozoïdes) ou d'organes (dépistage systématique en France depuis le 1er juin 1987).

** La notion de comportement à risques.

Concernant ce paragraphe, il faut bien insister sur la terminologie. La notion de "groupes à risque" n'est plus utilisée par les spécialistes. On ne doit donc utiliser que des notions de situations ou de comportements à risque. Cela permet d'éviter toute connotation d'exclusion et, surtout, cela correspond plus à la réalité.

En effet, au début de l'épidémie mondiale de Sida, le VIH a surtout touché les homosexuels, puis les toxicomanes. Actuellement les hétérosexuels ne sont plus épargnés et on assiste actuellement en Europe à une explosion des cas de personnes contaminées par un rapport sexuel avec un toxicomane ou un ancien toxicomane.

Ainsi, alors qu'au début de l'épidémie, les femmes au stade Sida étaient, en France, surtout des toxicomanes (95% en 1986), actuellement les femmes au stade Sida ont été contaminées, en majorité, à l'occasion d'un rapport sexuel avec un toxicomane (ce chiffre atteignait déjà 50% en 1989) ou un partenaire bisexuel.

Concernant les femmes qui ont des rapports sexuels avec d'autres femmes, ce sont les antécédents de toxicomanie ou de rapports hétérosexuels antérieurs qui expliquent leur contamination.

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

6.B. Dans certains cas, des personnes demandent spontanément à faire ce test.

Il est conseillé que le médecin n'accède pas systématiquement à cette demande, si le sujet n'a pas été mis en situation réelle d'avoir été contaminé (cf. supra).

Il devra essayer de déterminer, parmi ces sujets, ceux dont les motivations sont guidées uniquement par la crainte de cette maladie qui engendre parfois, chez des personnes n'ayant pas de comportements à risque, de véritables névroses obsessionnelles que la pratique de tests répétés ne ferait qu'entretenir.

Cependant, nous pensons que, dans certains cas, le test pourra lever une anxiété.

De même, en cas de doute, le médecin ne devra pas hésiter à prescrire le test.

Ce pourrait être ainsi le cas chez un sujet jeune ayant eu un comportement peut-être à risque, et qui aurait présenté, de façon inexplicable, un syndrome pseudo-grippal (non spécifique en lui-même) qui peut survenir parfois à proximité d'une contamination et que l'on peut diagnostiquer dans 50% des cas.

6.C. Limites et indications de la pratique systématique du test du Sida.

En raison de la gravité du pronostic de cette infection, certains ont proposé de faire pratiquer systématiquement ce test à toute la population.

Des études ont montré l'inutilité d'une telle politique systématique.

Citons l'expérience, très critiquable mais riche d'enseignements, faite dans l'État de l'Illinois (États-Unis), par les législateurs, qui ont exigé la pratique systématique de ce test dans le cadre de l'examen pré-nuptial : sur 155 458 tests exigés en 1988, seulement 26 personnes ont été dépistées positives ; soit moins de 0,02%. Ce qui ne représentait que 3%, seulement, des porteurs de VIH identifiés dans cet État par les méthodes usuelles. Coût de l'opération : 250.000 dollars pour chacune des 26 personnes dépistées!

De plus, toutes ces personnes avaient été en situation de risque élevé de contamination et auraient dû décider d'elles-mêmes de faire ce test, si elles avaient reçu une information correcte à ce sujet.

Cependant, il paraît utile que le médecin propose le test à l'occasion du bilan pré-nuptial, à condition d'avoir transmis une information précise, et particulièrement quand les futurs conjoints ne se connaissent que depuis quelques mois.

Chez les femmes enceintes, on conseille aussi de proposer ce test. En pratique, le test est fait systématiquement ; ce qui est d'autant plus fondé que le nombre des cas pédiatriques de Sida est en nette augmentation depuis 1992 (1,5 millions de cas estimés au 30/06/1995 pour les quatre continents depuis le début de l'épidémie) et que, dans la moitié des cas, la maladie est

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

mortelle en quelques mois.

6.D. Modalités pratiques de la prescription du test du Sida.

Enfin, rappelons que ce test doit être prescrit par un médecin.

Cette prescription ne peut se faire à l'insu du patient.

C'est uniquement le médecin prescripteur qui communique les résultats au patient (et uniquement de visu).

En aucun cas le médecin n'a le droit de les communiquer à un tiers. Il lui appartient néanmoins de convaincre le patient d'informer, si nécessaire, son ou ses partenaires.

Une étude récente, réalisée par le ministère français de la Santé (BEH 02.08.94) auprès de 2 247 médecins généralistes en Lorraine, révèle que 24% d'entre eux ont prescrit ce test sans en informer les patients.

Parmi les motifs évoqués, deux nous semblent éthiques : celui de la connaissance de la séropositivité du conjoint par le médecin, et celui de symptômes évocateurs chez un patient dont le médecin a jugé le niveau intellectuel insuffisant.

Le médecin prescripteur doit être conscient de l'état d'anxiété qui pourra envahir certains sujets dans l'attente de leurs résultats. Il devra donc essayer d'en tenir compte au mieux. Ce qui signifie que le délai entre la prescription du test et la remise des résultats doit être raccourci au maximum. Dans certains cas, on pourra minimiser la probabilité du risque de résultat positif si les données de l'entretien préalable le permettent.

Il convient de rappeler que la législation française interdit aux laboratoires d'analyses médicales de transmettre directement le résultat du test du Sida aux patients.

Ce résultat, qu'il soit positif ou négatif, doit être transmis directement au médecin prescripteur. Cela est, en général, notifié par le laboratoire aux patients, mais, malheureusement, de nombreuses personnes pensent, par erreur, que cette procédure n'est utilisée qu'en cas de résultat positif.

Il importe donc que le médecin prescripteur, et le laboratoire, expliquent clairement cette procédure aux patients, afin d'éviter de créer une anxiété inutile (pour une personne séronégative) et il serait nécessaire que cette explication soit clairement notifiée sur un document remis au patient le jour de sa prise de sang.

6.E. Prescription du test de l'hépatite C avec celui du Sida. Pourquoi et pour qui ?

Dans le cas de personnes ayant reçu des transfusions, même il y a plus de 15 ans, on conseille d'associer le test de l'hépatite C à celui du VIH.

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

L'ampleur de cette nouvelle épidémie vient d'être confirmée récemment (1996) : 600 000 personnes (soit 1% de la population française, mais à peine quelques dizaines de milliers de personnes) ont été jusqu'à présent dépistées ; une première estimation (1994) faisait état de plus de deux millions de personnes contaminées en France (le nombre des séropositifs au VIH étant de 200 000 à 300 000).

Ce virus se transmet par le sang (des antécédents d'hépatite B ou d'autres MST favoriseraient la contamination), mais aussi, à un moindre degré, semble-t-il, par les rapports sexuels (chez les homosexuels, la prévalence est de 2 à 5 fois plus élevée que chez les hétérosexuels).

La transmission pendant la grossesse est incertaine. Elle serait plus probable durant l'accouchement, quand la mère est aussi infectée par le VIH.

La transmission intra-familiale serait possible (rasoir, coupe-ongles, etc.).

Ce virus évolue de façon asymptomatique pendant plusieurs années, comme le VIH, et dans, 20% des cas, il est responsable, à distance, de cancers et de cirrhoses du foie. L'identification partielle de ce virus et la mise au point d'un test de dépistage ne date, en France, que du début de l'année 1990 (cette hépatite correspond à plus de 90% des hépatites dénommées antérieurement non-A non-B).

En 1994, on estimait que, chaque année, 50 000 personnes, en France, ayant reçu des dons du sang, avaient été contaminées ; ce qui correspond à une personne sur cent.

En janvier 93, un rapport tirait la sonnette d'alarme ; mais ce n'est qu'après une période de plus d'un an, durant laquelle certains tentèrent de minimiser la portée de cette épidémie, que l'on a commencé à parler de situation catastrophique.

Ce test doit être conseillé, avec celui du VIH, aussi dans le cas de toxicomanie et à des personnes ayant la connaissance d'antécédents, ancien ou actuel, de toxicomanie de leur partenaire. Si les toxicomanes sont infectés par le virus du Sida, dans 20 à 30% des cas, ils le sont aussi, dans plus de 80% des cas, par le virus de l'hépatite C. Indépendamment du test du VIH, le test de l'hépatite C doit donc être réalisé en cas :

- d'antécédents de transfusion,
- d'antécédents de toxicomanie intraveineuse,
- chez les personnes de l'entourage familial d'un sujet atteint d'hépatite C,
- d'antécédents d'actes invasifs, diagnostiques ou thérapeutiques (intervention chirurgicale, endoscopie, etc.),
- d'augmentation inexplicquée des enzymes hépatiques (transaminases ou gamma-GT),
- d'altération inexplicquée de l'état général, ou d'asthénie persistante,
- au 8ème mois de grossesse, chez les femmes à risque, afin de réduire au maximum les risques de contamination lors de l'allaitement.

Le dépistage des formes évolutives est d'autant plus important qu'il est simple (ponction-biopsie hépatique, et biologie) et que le traitement par certains interférons, à condition qu'il soit décidé précocement, permet parfois d'arrêter la multiplication virale.

Concernant la prévention, les mesures à conseiller sont similaires aux mesures contre le VIH.

Il n'existe pas de vaccin. Profitons-en pour rappeler que le virus de l'hépatite B se transmet de manière similaire à ces deux virus. L'utilisation du préservatif permet aussi d'éviter la

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

transmission sexuelle du virus de l'hépatite B.

Le vaccin contre l'hépatite B n'apporte donc, de ce point de vue, qu'une protection supplémentaire très discutable, et il ne protège pas contre l'HCV.

7. Les questions à aborder quand le résultat du test du Sida est négatif.

7.A. L'annonce des résultats.

Il faut certainement que le médecin rassure la personne, mais nous insistons de nouveau sur le fait que l'on n'a pas le droit de dire qu'un résultat négatif est fiable à 100%. Cette probabilité est d'au moins 99%. Le risque de dire que ce résultat négatif est fiable à 100% serait de rassurer faussement une personne qui pourrait avoir des pratiques à risques évidentes, notamment un multipartenariat sexuel, non protégé de façon adéquate par des préservatifs, ou des échanges de seringues. Il se pourrait alors que cette personne soit confortée dans ses pratiques en raison de ce résultat négatif et, donc, qu'elle ne modifie pas son comportement. Cela est particulièrement grave car l'on sait que, par contaminations successives, une personne peut être une véritable bombe à retardement (le test du Sida, réalisé chez un steward qui avait contracté des infections opportunistes similaires à celles du Sida et qui est décédé dans les années 1960, a été effectué dans une des premières sérothèques. Ce test s'est révélé positif. En raison du nombre très élevé de partenaires bisexuels irréguliers qu'aurait eu ce steward durant plusieurs années, certains ont avancé qu'il serait peut-être l'un des chaînons manquant de l'épidémie de Sida). Notons au passage qu'une personne qui a des pratiques sexuelles à haut risque, peut avoir effectivement un test négatif correspondant à une absence de contamination. En effet, contrairement à la contamination par le sang, ce mode de transmission n'est pas de 100% (selon les personnes, il serait estimé entre 10 et 60%). Signalons aussi qu'une personne infectée à un stade précoce aurait un pouvoir contaminant plus important qu'à un stade évolué de la maladie.

7.B. Rappel des modes de contamination par le virus du Sida.

À l'occasion de la remise des résultats, le médecin devra rappeler les modes de contamination par le virus.

La transmission sanguine est l'un des modes importants de la transmission du virus. La transmission sexuelle reste le mode le plus fréquent de contamination et concerne les

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

homosexuels, les hétérosexuels et les bisexuels : le nombre de partenaires augmente ce risque de contamination ; les relations buccogénitales sont un mode de transmission en cas de lésions buccales du partenaire indemne (gingivite, et notamment dans le cas d'un brossage des dents trop agressif effectué peu avant un rapport sexuel).

La salive n'est en aucun cas en elle-même un vecteur du VIH (elle contient d'ailleurs des substances ayant une légère activité anti-VIH).

Précisons que, chez les homosexuels, la sodomie constitue, pour le partenaire passif, la pratique sexuelle qui présente le plus fort risque de contamination. Ce risque est accru en cas d'antécédents de syphilis, d'hépatite B, d'amibiases et surtout de gonorrhée rectale, ou de saignement péri-anal. Une étude récente (Yokohama, 1994) a trouvé que la transmission du VIH chez les hétérosexuels était plus fréquente à l'occasion de rapports anaux (42%) qu'à l'occasion de rapports vaginaux (30%).

Concernant la grossesse, le risque de transmission est estimé entre 20 et 25%. Il est d'autant plus élevé en cas d'antécédents d'autres MST, si la femme est à un stade avancé de la maladie et en cas d'âge maternel plus avancé. L'accroissement du nombre d'enfants infectés est préoccupant. En effet, par exemple aux États-Unis, on a noté, entre 1987 et 1990, une augmentation de 37 % des cas (actuellement plus d'un million d'enfants ont été contaminés sur la planète). Enfin, rappelons que la transmission par l'allaitement est actuellement démontrée.

Les contacts de la vie quotidienne ne permettent pas de transmettre le VIH.

La possibilité de transmission par les insectes a été infirmée.

Concernant certaines professions où le personnel est en contact avec du sang, précisons que, lors d'une piqûre accidentelle chez les personnels médicaux, le risque de contamination est estimé à 0,5%, alors que, pour l'hépatite B, il est supérieur à 20%, et peut-être supérieur encore pour l'hépatite C. Cette probabilité de transmission serait même, en fait, très proche de zéro si l'on applique les règles d'asepsie universelles. Des recommandations de prudence pourront être conseillées pour d'autres professions : en fait, il s'agit surtout des personnes qui travaillent dans la découpe du verre.

Signalons aussi le problème posé par les salons de coiffure : des recommandations sur l'asepsie du matériel devraient être réitérées dans cette profession, et surtout pour ce qui concerne les rasoirs ; l'utilisation de rasoirs jetables à usage unique devrait être obligatoire, même si ce mode de contamination reste encore très théorique.

7.C. Rappel des moyens de prévention contre la transmission du Sida par voie sexuelle.

À l'occasion de la remise de ce résultat, il sera aussi utile que le médecin reprécise les mesures préventives en matière d'infection à VIH, car il est impératif que la personne séronégative ait une conduite ultérieure qui lui permette de ne pas se contaminer.

7.C.1. Mode d'emploi du préservatif.

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

Le préservatif est particulièrement recommandé en cas de nouveau partenaire ou de partenaires sexuels multiples.

Ses règles d'utilisation doivent être bien connues : notamment, il doit être porté dès le début de l'érection.

Le préservatif doit être mis sur une verge en érection, en le posant sur le gland, en pinçant l'extrémité d'une main, entre le pouce et l'index, afin qu'il n'y ait pas de bulle d'air dans le réservoir, et retiré à la fin du rapport, immédiatement après l'éjaculation, en le serrant près du bord, puis jeté.

Si ce rapport sexuel est suivi d'un deuxième, il devra être précédé d'une toilette intime des deux partenaires et un autre préservatif devra être utilisé.

On conseillera de préférence, parmi les préservatifs ayant la norme AFNOR, ceux qui ont un réservoir préétabli à leur extrémité.

Avant son utilisation, il doit être stocké dans un endroit sec et frais.

Certains conseillent de le lubrifier avec un gel à l'eau (Hyalomiel, Try, For Play, K.Y. etc.), même s'il est déjà prélubrifié.

7.C.2. Utilisation du préservatif : la réalité des statistiques.

Si les statistiques montrent bien que les ventes de préservatifs dans les pays occidentaux sont en croissance nette depuis plusieurs années, certains ont avancé, cependant, que ce n'est pas pour autant qu'ils sont suffisamment utilisés lors des situations à risque.

Depuis le récent congrès de Yokohama (1994), ce fait a été confirmé : une étude menée sur près de deux ans a montré que, parmi 256 couples d'hétérosexuels dont un des partenaires était séropositif et qui ont continué d'avoir des rapports sexuels, la moitié n'ont pas utilisé régulièrement de préservatif. Plusieurs autres études, dont les conclusions vont dans le même sens, ont fait l'objet de communications à ce congrès.

Dans la mesure où la plupart de celles-ci n'ont pas donné lieu à un compte-rendu dans les médias, nous en résumerons certaines.

Une étude réalisée depuis 1984 chez des homosexuels ayant plus de 30 ans (816 à San Francisco et 750 à Amsterdam) et, depuis 1992, dans un deuxième groupe ayant moins de 30 ans (420 à San Francisco et 154 à Amsterdam) a montré les résultats suivants :

- À San Francisco, 39% de ceux du deuxième groupe ont eu des relations anales avec plus d'un partenaire (11% pour ceux du premier groupe) et, dans 26% de ces cas, sans utiliser de préservatif (2% pour ceux du premier groupe). 49% de ceux du deuxième groupe étaient séropositifs, et, parmi eux, 47% ont eu des relations anales avec plus d'un partenaire et, dans 87% de ces cas, sans préservatif.

- À Amsterdam, 22% de ceux du deuxième groupe ont eu des relations anales avec plus

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

d'un partenaire (18% pour ceux du premier groupe). 30% de ceux du deuxième groupe étaient séropositifs et, parmi eux, 61% ont eu des relations anales avec plus d'un partenaire et, dans 99% des cas, sans préservatif (302C).

Rappelons que l'inhalation de nitrites (poppers) pendant les rapports sexuels est un facteur de risque pour les homosexuels qui ont des relations anales non protégées, même occasionnelles.

Malgré les recommandations émises à ce sujet par des membres de cette communauté, il semble qu'il y ait actuellement un accroissement inquiétant de la consommation des poppers aux États-Unis (D0168).

Une autre étude réalisée chez 100 travestis se livrant à la prostitution au Brésil, et dont les trois-quarts étaient bien informés sur le Sida, seulement 25% utilisaient les préservatifs, et de façon sporadique (D0460).

Deux autres études réalisées au Brésil sont aussi à signaler.

Sur 410 hommes participant au carnaval en 1993, 60% ont eu des rapports sexuels occasionnels non protégés, et ceci bien que deux millions de préservatifs aient été distribués gratuitement à cette occasion (sur les 52% à avoir reçu des préservatifs, 54% ne les ont pas utilisés). Indiquons que 55% ont bu de l'alcool en excès et 20% ont consommé de la cocaïne (D0764).

L'autre étude a été réalisée chez 188 femmes qui venaient se faire pratiquer le test du Sida dans un centre de dépistage anonyme. 62% n'utilisent pas le préservatif, 23% parfois, et seulement 15% régulièrement. 42% considèrent que le préservatif limite le plaisir, 30% ne le pensent pas (C0500).

Une étude réalisée en France chez les hétérosexuels (1 714 hommes et 820 femmes) n'ayant pas de relation stable depuis 5 ans a montré que, sur 12 mois, le préservatif a été utilisé dans 38% des cas chez les hommes et dans 30% des cas chez les femmes (D0690).

Concernant les toxicomanes, une étude pratiquée en Europe sur 200 personnes a montré que, parmi ceux qui n'ont pas de partenaire habituel, 46% des hommes et 56% des femmes n'ont pas utilisé de préservatif, que ce soit sur la période 1990-1991 ou 1992-1993 (D0512).

Une autre étude pratiquée chez 933 toxicomanes à Los Angeles conclut que la plupart d'entre eux utilisent rarement les préservatifs (D0510).

Nous terminerons ce panorama inquiétant avec trois études portant sur des sujets jeunes.

Une étude réalisée pendant 8 ans chez 6 000 étudiants qui ont reçu une information sur le Sida montre une utilisation régulière des préservatifs dans 66% des cas, irrégulière dans 20% des cas, et nulle dans 14% des cas (D0546). Sur 1 235 adolescents espagnols (moyenne d'âge de 15 ans), parmi les 14% qui ont déjà eu des rapports sexuels, 33% n'ont pas utilisé de préservatifs et 26% ne les ont utilisés qu'occasionnellement (D0597). Encore plus inquiétant : le résultat d'une étude chez 483 adolescents brésiliens (13 à 21 ans) qui indique que, parmi les 30% qui ont des rapports sexuels, 85% n'utilisent pas de préservatif. Le niveau socio-économique défavorable peut en être une explication ; mais ce qui est stupéfiant, c'est que ces adolescents savent, pourtant, que la région de Sao Paulo où ils vivent présente la plus grande prévalence des cas de Sida au Brésil ! (D0577).

Tout aussi inquiétante est une étude qui porte sur 1 121 hétérosexuels mâles hispaniques souhaitant immigrer aux U.S.A. : plus de 25% ont eu, au cours des cinq années passées, plus

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

de 6 partenaires sexuels et, parmi ceux-ci, les trois quarts n'ont pas utilisé de préservatif (DO 362).

7.C.3. Utilisation du préservatif : les problèmes posés par la sexualité et par les perceptions du risque vital.

L'utilisation du préservatif n'est donc pas entrée dans les mœurs.

Certains n'hésitent pas à parler de l'échec des campagnes médiatiques de prévention dans certains pays. Pour un sujet qui reste donc tabou, comme tout ce qui s'y rattache, on peut espérer que cette information sera mieux délivrée à l'occasion d'un entretien avec un médecin formé à ce genre d'exercice.

En effet, si le préservatif n'est pas utilisé de façon suffisamment efficace du point de vue de la prévention, c'est que, d'une part ses règles d'utilisation n'ont pas été assez diffusées, que les personnes ne sont souvent pas familiarisées avec son utilisation et qu'il serait un obstacle au plaisir, si l'on n'en recommande qu'un mode d'emploi stéréotypé.

Concernant ce dernier point, il apparaît, qu'en ignorant le principe de plaisir, les campagnes de prévention ont été un échec.

En effet, si, chez l'hétérosexuel, le rapport sexuel peut aboutir à la procréation d'un être humain, il est surtout pratiqué pour le plaisir entre des personnes. L'idée de plaisir se résume parfois à un acte d'intromission qui, chez les hétérosexuels, est peu épanouissant pour la femme vue la rapidité, parfois surprenante, de l'érection et de l'éjaculation de son partenaire (phénomènes nettement accrus par le port du préservatif) ou, au contraire, l'absence d'érection !

Que ce soit chez l'hétérosexuel ou chez l'homosexuel, ce plaisir peut être cependant augmenté si l'intromission est précédée par des prémices variés qui tiennent compte des zones érogènes des personnes. Cela permet d'assurer un partage du plaisir tout en garantissant l'observation du principe de la prévention par le préservatif.

De même, il faudrait aussi proposer d'utiliser certains gels lubrifiants pour qu'une réelle prévention du Sida soit enfin efficace. En effet, ils permettraient, dans certains cas, d'avoir des rapports sexuels plus confortables et moins pénalisants pour le plaisir. De plus ces gels lubrifiants (à l'eau) évitent que le préservatif ne se déchire ; ce qui peut arriver, en particulier à l'occasion de rapports anaux ou, ce qui est fortement déconseillé, en cas de préservatifs mis l'un sur l'autre. Il ne faut pas perdre de vue aussi que l'acte sexuel occasionne souvent une déconnexion totale des partenaires avec le réel ; ce qui fait que des messages classiques de prévention ne sont plus présents à l'esprit à ce moment là. Cette déconnexion étant engendrée par le plaisir, il semble logique de penser qu'en tenant compte de la notion de plaisir dans les messages de prévention qui recommandent l'utilisation du préservatif, on puisse rendre effective cette prévention. Cette information n'est pas simple à transmettre, mais il apparaît maintenant qu'il est fondamental de le faire, et notamment si l'on perçoit une demande d'information ou une ignorance de la personne.

Enfin, on peut se demander si l'adhésion, ou non, au principe de l'utilisation du préservatif ne

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

dépend pas aussi, pour une personne donnée, de la perception qu'elle a de la mort, en fonction de son âge. C'est ce que l'on serait tenté d'avancer en analysant l'étude citée plus haut (302C) réalisée chez des homosexuels à San Francisco et à Amsterdam. En effet, l'échec de l'intégration des messages de prévention est très net dans cette étude chez les personnes de moins de 30 ans qui, pourtant, n'ignorent pas la proximité de la mort en cas de Sida. Cela pourrait s'expliquer par le fait qu'après 30 ans, la mort est souvent perçue comme une disparition terrestre définitive des personnes alors qu'avant 30 ans la mort reste une notion vague qui souvent ne l'a pas encore concerné de près, et qui est beaucoup plus rattachée aux fictions qu'à la réalité ; la mort est encore l'affaire des autres ou de héros/acteurs au cinéma.

7.D. Rappel des moyens de prévention de la transmission du Sida par voie sanguine.

7.D.1. Chez l'utilisateur de drogues.

Concernant la prévention de la transmission du VIH et de l'HCV par le sang, le médecin pourra rappeler le risque encouru suite à des échanges de seringues.

Il rappellera aussi à certaines personnes l'intérêt de l'utilisation des thérapeutiques de substitution aux drogues (méthadone, Temgésic®, Subutex®) qui permettent, à moindre mal, que les toxicomanes appliquent les mesures de prévention (port du préservatif, pas d'échange de seringues) qui, en général, ne sont pas suivies par les toxicomanes sous l'empire de la drogue, surtout quand ils sont en état de manque. Ces traitements permettent aussi, souvent, d'assurer un suivi médical effectif, de faciliter la réinsertion sociale et psychoaffective, une lutte contre la délinquance et contre les trafiquants de drogues.

Nul n'est censé ignorer, et en particulier les médecins, que la Direction Générale de la santé et les Conseils de l'Ordre des Médecins et des Pharmaciens ont enfin admis officiellement depuis 1995 que l'utilisation des thérapeutiques de substitution est devenue une priorité de Santé Publique en France.

Tout obstacle à l'utilisation de ces thérapeutiques à titre individuel constitue donc une **NON ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER, MAIS AUSSI POUR LES AUTRES CITOYENS** puisqu'il s'agit aussi d'un moyen efficace pour lutter contre le Sida, l'hépatite C et l'extension de ces épidémies dans la population.

Il n'est donc plus tolérable que persiste une réticence de certains Conseils de l'Ordre des Médecins à délivrer suffisamment de carnets à souches (nécessaire, par décision du législateur, pour prescrire ces traitements en France).

Il en est de même de la persistance de l'inertie de la majorité des médecins pour s'occuper de ces personnes, et en particulier de la plupart des services hospitaliers où, quand existe un carnet à souches, il est souvent détenu uniquement par le Chef de Service.

Le suivi médical des toxicomanes et la prescription des thérapeutiques de substitution ne doivent plus être réservés à des "spécialistes" ; ils doivent être accessibles à la compétence de

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

tout médecin. La dépendance à ces médicaments n'est pas plus grande que celle engendrée par le TEMESTA, tranquilisant que des millions de personnes sont obligées d'absorber tous les soirs pour ne pas sombrer dans l'anxiété !

Pour plus de précisions, médecins et personnes concernées peuvent s'adresser à certains réseaux de médecins comme :

Le COPAST
36, rue de Turbigo
75003 Paris
TEl. : +33 (0)1 48 04 05 46.

7.D.2. Chez les personnels de santé.

En cas de blessure avec risque de contamination par le VIH, on conseille de prélever un peu de sang, de faire saigner, de laver à l'eau et au savon sans brosser, puis de désinfecter.

Le VIH étant un virus fragile, le maintien des mesures universelles d'asepsie est donc suffisant : alcool à 70°, ou mieux avec de l'eau de Javel diluée à 10% (1 volume d'eau de Javel dans 9 volumes d'eau) qui, en plus, est active sur les virus des hépatites. En cas de contact manuel avec du sang ou des fluides corporels infectés, on doit porter des gants qui devront ensuite être détruits.

Le matériel à usage unique mis en contact avec des substances biologiques infectées doit être jeté dans un container rigide prévu à cet effet ; notamment les aiguilles de seringues qui ne doivent pas être recapuchonnées.

En cas de risque de projection, comme c'est le cas pour les dentistes, le port d'un masque ou de lunettes est recommandé.

Les membres du personnel de santé qui ont des lésions cutanées doivent éviter temporairement le contact avec les personnes infectées par le VIH.

Pour la décontamination du matériel médical non jetable, on utilisera des désinfectants à base de glutaraldéhyde (à 2%, au moins durant 10 minutes) ou la chaleur (120°c durant 30 minutes).

Toutes ces mesures préventives sont valables pour d'autres infections, comme les hépatites.

7.D.3. Chez les voyageurs.

Pour les personnes qui se rendent dans certains pays étrangers, il est conseillé de contracter une assurance leur permettant un rapatriement rapide en cas d'accident grave, et de s'assurer qu'aucune transfusion ne leur soit délivrée, sauf en cas de pathologie gravissime qui mette en jeu leur vie en quelques heures et nécessite réellement ce traitement.

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

7.E. La question du vaccin contre le Sida.

Certains souhaiteront peut-être aussi avoir des précisions sur l'état d'avancée des recherches en matière de vaccins pour les personnes séronégatives.

Actuellement, ces vaccins sont peu efficaces et l'annonce de la contamination de trois personnes avec un tel vaccin (1994) fait que ce vaccin ne devrait pas être envisagé, éthiquement, à grande échelle chez des personnes saines.

8. Les questions à aborder quand le résultat du test du Sida est positif.

8.A. Comment absorber le choc de l'annonce du résultat.

Le choc de l'annonce de la séropositivité est tel que le médecin devra savoir gérer au mieux cette situation.

Cela est peut-être plus aisé pour un médecin de famille qui connaît déjà bien la personne et qui serait familiarisé avec tous les aspects du Sida.

Mais ce médecin aura à gérer l'annonce de cette sentence de mort pour un de ses patients qui, de plus, est souvent jeune. Pour le médecin qui travaille dans un centre de dépistage anonyme ou dans un centre de bilan de santé, cet effet de miroir aura peut-être moins d'impact et sera peut-être moins gênant pour délivrer des conseils. Mais il lui faudra prendre du temps pour cerner la personnalité du patient afin de personnaliser ses conseils. L'urgence, pour le médecin, est donc de s'occuper du retentissement de ce choc.

L'annonce de la séropositivité peut se traduire par une anxiété aiguë, une dépression, un désespoir profond, une culpabilité avec perception d'un risque vital et d'un risque d'exclusion sociale. Ces réactions sont très souvent différées dans le temps.

L'angoisse est souvent la manifestation inaugurale. Même si elle est parfois difficile à supporter pour le médecin lui-même, elle doit être prise en compte et ne pas être comblée systématiquement par des anxiolytiques, sauf en cas de crise aiguë ou d'attaque de panique.

En effet, dans cette situation où l'avenir peut sembler aléatoire et où, subitement seul, l'avenir immédiat existe, cette angoisse peut être une composante nécessaire pour permettre une adaptation du sujet à sa nouvelle existence dans la mesure où les repères et la valeur de sa vie ne sont plus les mêmes. Cette angoisse explique que, d'emblée, la personne pose des questions précises sur la maladie. Des réponses devront lui être délivrées sur le moment et ultérieurement. Ces informations aideront la personne à mettre en place de nouveaux repères.

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

Cela prend du temps et cela ne peut être fait au mieux que si le médecin a une vue synthétique de cette maladie.

En aucun cas le médecin ne devra garder le silence, ni utiliser de formules toutes faites derrière lesquelles les médecins se retranchent souvent dans le cas de maladies graves.

La teneur de l'entretien devra être construite en fonction des capacités affectives, du moment, et intellectuelles du patient. Certaines questions posées donneront lieu parfois à des réponses non univoques ; parfois les réponses devront être différées à une autre consultation afin de pouvoir, entre temps, vérifier certains éléments. Certaines informations devront être transmises en priorité par le médecin.

Il devra expliquer que souvent, durant plusieurs années, l'infection reste asymptomatique et qu'elle peut évoluer sur plus de dix ou quinze ans, et qu'il est de plus en plus probable que certains ne déclareront jamais la maladie - dans près de 10% des cas ("non progresseurs à long terme").

L'annonce de la séropositivité est encore trop souvent communiquée et perçue comme une sentence de mort. De plus en plus de personnes considèrent que certains stress, et en particulier celui-ci, sont des cofacteurs du virus du Sida et donc participent à la détérioration des défenses immunitaires et à l'évolution de la maladie.

Il importe donc que l'annonce de la séropositivité ne soit plus présentée comme une sentence de mort programmée et que les médecins agissent de façon à ce que la perception de cette infection par les personnes concernées ne les canalise pas dans cette idée.

8.B. L'information préliminaire sur le suivi médical.

Il faut aussi bien expliquer qu'à côté des traitements antiviraux auxquels on a recours au cours de l'évolution, le simple suivi médical et la gestion adaptée du stress permettent de réduire sensiblement le risque évolutif dans le temps.

Le suivi médical permet :

1. De situer d'un point de vue biologique le risque évolutif du patient et d'établir, en fonction de ses résultats, le rythme de ces examens. Ces examens reposent sur le dosage des lymphocytes T4 ainsi que sur d'autres paramètres.

Signalons que certaines variations des T4 peuvent ne pas être liées avec l'évolution de la maladie. C'est le cas notamment des variations physiologiques qui existent en fonction des saisons chez les sujets sains, et les personnes séropositives à un stade précoce. Comme de nombreux marqueurs biologiques, il importe de confirmer toute variation importante en renouvelant ultérieurement cet examen. Certains considèrent qu'il est utile de s'assurer d'une concordance des variations des T4 avec celles des lymphocytes totaux (parallèles aux T4) et

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

celles des triglycérides (inversement proportionnelles aux T4). La mesure de la charge virale (ARN plasmatique du virus) est un examen encore peu pratiqué, mais dont le développement est prévisible. Elle semble intéressante pour participer à la décision de débuter un traitement, et surtout pour apprécier l'efficacité d'un traitement ajouté. Nous pensons que ce serait une erreur de ne pas continuer de tenir compte des autres marqueurs (lymphocytes T4, totaux, antigènes et anticorps P24, néoptérine, bêta-2-microglobuline, triglycérides, etc.), car il n'existe actuellement aucun marqueur fiable à 100%, et qui puisse remplacer les autres marqueurs.

De plus, la mesure de la charge virale au niveau de la circulation sanguine n'est pas un témoin qui permette d'apprécier au mieux (comme la néoptérine - voire la bêta-2-microglobuline) la quantité de virus présent dans les macrophages (réservoirs du VIH) situés au niveau des tissus, notamment cerveau et poumons. Enfin, faut-il rappeler que le VIH ne peut plus être considéré comme l'unique cause du Sida ; des cofacteurs, en cours d'études, interviennent de façon différente suivant les sujets, et ils ne sont pas, a priori, étudiés par cet examen. Enfin, il faut savoir que des infections respiratoires banales, l'herpès et certaines vaccinations (grippe) peuvent perturber le résultat de cet examen de façon importante, et que certains sous-groupes du VIH1 ne peuvent pas être quantifiés par cet examen.

2. D'envisager de faire, au moindre doute et sans retard, certains examens complémentaires (scanner encéphalique, fibroscopie bronchique, examens de selles, fond de l'œil, etc.). En effet, c'est l'apparition d'infections opportunistes (pneumocystose pulmonaire, toxoplasmose cérébrale, tuberculose pulmonaire, rétinite à CMV, cryptosporidiose intestinale, etc.) qui fait que le sujet va passer du stade asymptomatique au stade évolutif de Sida, et plus les traitements sont instaurés précocement, plus l'évolution sera favorable.

3. De rappeler certaines recommandations souvent négligées, qui devraient être transmises très précocement : port de gants pour laver la salade (cryptosporidiose), éviter de boire de l'eau tiède au robinet, et le voisinage des pigeons (mycobactéries). Il faut insister aussi sur le fait que la recontamination par le VIH et les vaccinations par les vaccins vivants (BCG, polio orale, fièvre jaune, variole) accélèrent l'évolution de la maladie. Il faut aussi leur indiquer que l'antibiothérapie excessive peut favoriser le risque d'apparition de résistances lors de son utilisation ultérieure et favoriser l'apparition de mycoses (candidoses).

4. D'envisager, en fonction des bilans biologiques, la prescription de traitements prophylactiques de certaines affections opportunistes (pneumocystose, toxoplasmose, mycobactéries, CMV) qui permettent une prévention efficace.

5. D'envisager des traitements de fond. Le premier type en est les traitements antiviraux. Pendant longtemps l'AZT (Rétrovir) a été le seul médicament disponible. Depuis, les médecins disposent du ddI, du ddC et, plus récemment, du 3 TC et du D4T. D'autres sont encore à l'étude (inhibiteurs de protéase, THA, etc.). Le deuxième type regroupe ce que l'on appelle maintenant les traitements complémentaires : il s'agit d'une voie étudiée plus récemment ; mais il apparaît, par exemple, que des traitements à base de certaines vitamines et oligo-éléments de plante puissent être utiles, soit comme complément, soit pour agir sur certains cofacteurs du VIH, soit comme agent directement actif sur le virus. De même, des principes diététiques reposant sur la variation dans l'alimentation s'avèrent utiles. Il apparaît de plus en plus qu'il faille associer précocement plusieurs types de médicaments pour obtenir un effet optimum. Les résultats obtenus avec les tri-thérapies en sont un des arguments. Mais il importe d'envisager des associations avec des thérapeutiques complémentaires, comme la glucuronamide, la vitamine C, le sélénium, la réglisse, etc., et en ne négligeant pas d'autres voies (comme THA/tacrine, Pao pereira, Facteurs de transferts, etc.).

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

8.C. Conseils pratiques : sur les moyens de s'informer sur le droit à la prise en charge par la Sécurité Sociale ; sur d'autres aides sociales ou médicales ; sur l'exclusion.

Certains patients souhaiteront avoir la possibilité de s'informer, plus en détail, ultérieurement. Il est conseillé de leur transmettre au moins cinq numéros de téléphone :

- celui de "Sida Info Service" (0 800 840 800) où ils pourront aussi avoir communication des adresses des associations s'occupant de Sida,
- du Centre Régional d'Information et de Prévention du Sida (CRIPS) (01 53 68 88 88),
- du KIOSQUE (01 44 78 00 00) où ils pourront trouver bon nombre de publications gratuites, diffusées par certaines associations, par le ministère de la Santé et par le CRIPS,

- de POSITIFS Info Service Écoute (PISE), la permanence téléphonique (FAX) de POSITIFS (Fax : 01 49 82 72 55) mise à la disposition des personnes séropositives, des personnes concernées par la toxicomanie et de leur entourage (certaines questions ponctuelles, comme celles concernant l'information médicale et notamment en matière de thérapeutiques officielles ou complémentaires, sont traitées dans le cadre du service des réponses au courrier de l'association ou du serveur Internet de POSITIFS)
- HIV Info Traitements (01 43 67 00 00) de l'association ACTIONS TRAITEMENTS pour les questions concernant les traitements officiels, et en particulier les protocoles en cours.

D'un point de vue pratique, il faut préciser que, sur simple demande de leur médecin, cette infection peut être prise en charge à 100%.

On peut aussi leur recommander d'éviter d'afficher leur statut de séropositif, notamment sur leur lieu de travail, car les phénomènes d'exclusion existent encore. Un certain nombre d'aides sociales ou médicales peuvent être obtenues dans certaines conditions.

C'est le cas de :

- l'allocation compensatrice pour tierce personne,
- l'allocation représentative d'aide ménagère,
- l'allocation adulte handicapé,
- l'hospitalisation à domicile (HAD),
- la carte d'invalidité

C.3. Informations sur le SIDA et Préventions

Written by Administrator

Wednesday, 18 November 2009 03:58 - Last Updated Friday, 19 March 2010 22:01

et, pour les personnes les plus démunies financièrement,

- le RMI (Revenu Minimum d'Insertion),
- l'aide médicale gratuite, etc.

Pour plus de précisions, on peut s'adresser au Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de chaque Mairie, à une assistante sociale de secteur ou à la Caisse d'Allocation Familiale.

8.D. Rappel des modes de contamination et des moyens de prévention :

idem 7.B., 7.C., 7.D.1. et 7.D.2.

Les modes de contamination, ainsi que les mesures préventives développées au chapitre précédent. pourront être abordés dans un deuxième temps.

9. Conclusion

Comme vous le voyez, l'annonce des résultats de ce test nécessite de transmettre de nombreuses informations.

De plus, souvent, la personne souhaite poser un certain nombre de questions au médecin. Il s'agira de plus, pour le médecin, de personnaliser les conseils à donner et les réponses aux questions posées.

Cela ne peut être possible qu'en consacrant à cette annonce suffisamment de temps (pour reprendre l'expression mentionnée par la Sécurité Sociale dans ses recommandations, à ce sujet, aux Centres d'Examens de Santé).

Drs J. Avicenne Conseillers médicaux de POSITIFS

Association de lutte contre le Sida

BP 230 75865 Paris cedex 18, France

Nous remercions ceux qui ont participé à l'élaboration de ce texte et ceux qui nous ont conseillés, et en particulier :

le Dr Caprani (Chercheur au CNRS), le Dr Flatet (Centre de Dépistage) et le Dr Maurisson (Centre Médical Europe).