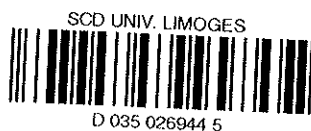


UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE PHARMACIE

ANNEE 1999



THESE N° 3301A

**LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ATTEINT DE SIDA :
LES ASPECTS OUBLIÉS**



**THESE
POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

présentée et soutenue publiquement le **30 juin 1999**

PAR

. Yannick GUERNIOU

. Né le 7 juin 1974 à Brive la Gaillarde (19)

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur Jacques BUXERAUD

- Président

M. Jean-Francois LAGORCE

- Juge

Mme Voa RATSIMBAZAFY

- Juge

M. Bernard LAVAUD

- Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE PHARMACIE

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur GHESTEM Axel

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur HABRIOUX Gérard
Monsieur DREYFUSS Gilles - Maître de Conférences

PROFESSEURS:

BENEYTOUT Jean-Louis	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
BERNARD Michel	PHYSIQUE-BIOPHYSIQUE
BOSGIRAUD Claudine	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE PARASITOLOGIE
BROSSARD Claude	PHARMACOTECHNIE
BUXERAUD Jacques	CHIMIE ORGANIQUE CHIMIE THERAPEUTIQUE
CARDOT Philippe	CHIMIE ANALYTIQUE
CHULIA Albert	PHARMACOGNOSIE
CHULIA Dominique	PHARMACOTECHNIE
DELAGE Christiane	CHIMIE GENERALE ET MINERALE
GHESTEM Axel	BOTANIQUE ET CRYPTOLOGIE
HABRIOUX Gérard	BIOCHIMIE - BIOLOGIE MOLECULAIRE
LACHATRE Gérard	TOXICOLOGIE
MOESCH Christian	HYGIENE-HYDROLOGIE-ENVIRONNEMENT
OUDART Nicole	PHARMACODYNAMIE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

À Monsieur Jacques BUXERAUD,
Professeur de Chimie Thérapeutique

*Mille remerciements pour avoir été mon président de thèse,
et pour avoir soutenu cette thèse originale.*

À Monsieur Jean-François LAGORCE,
Maître de conférence en Chimie Organique

*En espérant que vous aurez autant
apprécié ma thèse, que moi vos cours.*

À Madame Voa RATSIMBAZAFY,

Pharmacien hospitalier

Merci beaucoup pour votre bonne humeur,

et votre aide précieuse.

À Monsieur Alain PARVEAU,
Président du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens

*Je tenais à vous remercier pour m'avoir permis
de réaliser l'enquête auprès des pharmaciens d'officine.*

À Monsieur Bernard LAVAUD,
Pharmacien Aubazinois

*Que dire... Merci à mon père pharmaceutique,
correcteur avisé, et ami sincère.*

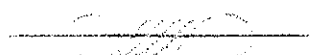
*« La mort ne nous fait pas peur. Ce qui nous effraie,
c'est comment parvenir à poursuivre notre existence en société ».*

Junsada Suwujundee

Yokohama, 8 août 1994

(Dixième conférence internationale sur le SIDA)

La prise en charge du patient atteint de Sida : les aspects oubliés

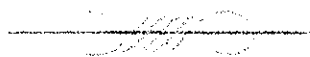


PRÉAMBULE	6
INTRODUCTION	7
INFECTION – TRANSMISSION	8
<u>I – Historique</u>	11
<u>II – Virus de l’immunodéficience humaine</u>	12
1) – Les rétrovirus	
2) – Les lentivirus	
TRAITEMENTS	15
<u>I – Bases de toute prescription</u>	18
<u>II – Débuter un traitement</u>	20
1) – L’ARN H.I.V. plasmatique	
2) – Lymphocytes CD4	
3) – Clinique	
4) – Recommandations	
<u>III – Les antirétroviraux disponibles</u>	22
1) – Action des antirétroviraux	
2) – Antirétroviraux concernés	
<u>IV – Bonnes pratiques d’utilisation des antirétroviraux</u>	25
<u>V – Résistances thérapeutiques</u>	28
<u>VI – Conclusion</u>	29

LE SARCOME DE KAPOSI	30
I – <u>Définition – Épidémiologie</u>	33
1) – Définition	
2) – Épidémiologie	
II – <u>Pathologie – Clinique</u>	34
1) – Pathologie	
2) – Clinique	
[a] - Localisations cutané-muqueuses	
[b] - Localisations extra-cutanées	
3) – Pronostic	
III – <u>Traitements</u>	36
1) – Traitement local	
2) – Traitement général	
[a] Les interférons	
[b] Chimiothérapies	
- <u>1er Cas</u> : Monochimiothérapies	
- <u>2ème cas</u> : Polychimiothérapies	
[c] Nouvelles thérapies	
IV – <u>Conclusion</u>	38
PRÉVENTION	39
PRISE EN CHARGE MÈRE – ENFANT H.I.V. +	49
** La prise en charge Mère H.I.V. +	51
** La transmission Materno-fœtale du V.I.H.	52
① – Transmission précoce in utéro	
② – Contamination fœtale tardive	
③ – Contamination postnatale	
I – <u>Lors de la grossesse</u>	53
1) – Patientes asymptomatiques	
2) – Patientes symptomatiques :	
[a] Premier schéma thérapeutique	
[b] Deuxième schéma thérapeutique	
[c] Troisième schéma thérapeutique	
3) – Traitement au début de la grossesse	
II – <u>Lors de l'accouchement</u>	55
1) – Traitement lors d'accouchement par voie basse	
2) – Traitement pour une césarienne	

III – <u>Grossesse chez un couple sérodiscordant</u>	56
IV – <u>Attitude thérapeutique chez le nouveau-né</u>	57
V – <u>Cas particuliers : l’Afrique et l’Asie</u>	58
VI – <u>Conclusion</u>	60
PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE ET SANITAIRE	61
DROIT ET SIDA	66
* * Introduction	68
I – <u>Éthique et secret professionnel</u>	69
II – <u>Respect de la vie professionnelle et privée</u>	70
A – Vie Professionnelle	
B – Vie Privée	
III – <u>Droits interindividuels</u>	73
1) – Le Mariage	
2) – Le Divorce	
3) – Droits de l’enfant	
IV – <u>Droits des biens</u>	75
V – <u>Conclusion</u>	77
ENQUÊTE AUPRÈS DES PHARMACIENS D’OFFICINE	78
* * Introduction	80
* * Questionnaire	81
* * Résultats	82
I – <u>Réponses positives</u>	84
① – Venue du patient à un moment particulier de la journée	
② – Autres traitements	
③ – Médicaments RSH	
④ – Réalisation de la délivrance	
⑤ – Des malades comme les autres	
⑥ – Conseils	
⑦ – Un problème d’ordre administratif	
⑧ – Formation / Information	
⑨ – Dispensation concluante	

II – <u>Réponses négatives</u>	89
III – <u>Conclusion</u>	90
A – Concentration des officines	
B – Remarques officinales	
L'AVENIR ?	91
PROCÈS DU SANG CONTAMINÉ	94
CONCLUSION	99
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	102
TABLE DES MATIÈRES	104



Préambule

Pourquoi se limiter à quelques points d'une question ?

Le Sida couvre tellement d'aspects, que mettre en lumière les problèmes sociaux, juridiques, parler du procès du sang contaminé... m'a semblé être un sujet de thèse intéressant et d'une conception originale.

En espérant n'avoir rien oublié !

Introduction

Pour beaucoup, l'infection par le V.I.H. n'est représenté que par le virus et les trithérapies.

Certes, ce sont deux points incontournables de l'épidémie, mais il y en a d'autres.

De par les témoignages, enquêtes et documentaires, nous nous apercevons que les progrès médicaux mettent en exergue des difficultés sociales liées à une augmentation de plus en plus longue de la durée de vie.

En effet, la mort étant repoussée, l'avenir peut alors amener travail, vie sociale, enfant ...

C'est pourquoi, j'ai voulu par ma thèse, aborder tous ces aspects, et me rapprocher plus d'un document de santé publique, que d'une thèse purement pharmaceutique.

Notre rôle de conseil nous amène souvent à dispenser des informations autres que médicamenteuses. Approfondir ces aspects permet de mieux répondre à l'attente des patients.

Infection
Transmission

I – Historique

II – Virus de l'immunodéficience humaine

1) – Les rétrovirus

2) – Les lentivirus

Le Sida constitue la dernière pandémie du millénaire.

Le Syndrome d'ImmunoDéficiency Acquis (SIDA) est dû au Virus de l'ImmunoDéficiency Humaine (V.I.H.), rétrovirus à tropisme lymphocytaire T CD4⁺.

Dans les pays anglo-saxons, le syndrome a été baptisé AIDS pour Acquired Immuno Déficiency Syndrome.

Depuis sa découverte, le V.I.H. a été l'objet de multiples études afin d'en connaître la structure, le mode de transmission, dans le but de proposer de nouvelles thérapeutiques et afin de mieux comprendre la diversité génétique des souches et le mode de mutation du virus.

I – HISTORIQUE :

Le Centre de contrôle des Maladies d'Atlanta (Center of Disease Control - CDC) remarque en Juin 1981, une forte prescription de Pentamidine pour des cas de pneumonie à *Pneumocystis carinii*.

Une enquête met alors à jour le fait que la demande vient de New York et San Francisco.

Les patients sont de jeunes homosexuels masculins qui souffrent d'immunodépression, malgré l'absence de leucémie ou de cancer, de traitement immunosuppresseur.

Ils développent de nombreuses infections opportunistes comme des candidoses buccales, rétinite à cytomégalovirus, herpès chronique, et la maladie de Kaposi, jusqu'alors diagnostiquée chez des sujets âgés et plus particulièrement d'origine juive ou italienne.

Le « Gay Syndrome » ou « GRID Syndrome » (Gay Related Immune Deficiency Syndrome) touche la communauté gay américaine puis européenne.

Mais, bientôt, cette épidémie non discriminative va atteindre les hétérosexuels et devenir le SIDA.

II – VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE HUMAINE :

Ce rétrovirus humain, appelé L.A.V. (Lymphadenopathy Associated Virus) a été découvert en 1983 par le Professeur Luc Montagnier et son équipe de l'Institut Pasteur.

La communauté scientifique, en mai 1986, parlera du V.I.H. en distinguant deux types :

V.I.H. – 1 : présent - en Europe, aux États-Unis
- en Afrique Centrale
- en Asie

V.I.H. – 2 : présent principalement en Afrique de l'Ouest

1) - LES RÉTROVIRUS :

Ils se caractérisent par leur matériel génétique sous forme d'ARN.

L'ARN est rétrotranscrit en ADN proviral grâce à une enzyme, la transcriptase inverse.

Cette enzyme des rétrovirus a été mise en évidence en 1970 par Temin et Baltimore.

Ce processus de transcription inverse a donné le nom de la famille. Il est aussi la cible thérapeutique des inhibiteurs de la transcriptase inverse.

Ce sont des virus tumorigènes agissant par l'intégration dans le génome cellulaire du patrimoine génétique du virus.

Cette famille des Retroviridae regroupe trois sous-familles à la tumorigénèse différente :

- ♦ Les oncovirus
- ♦ Les lentivirus (V.I.H. – 1 et V.I.H. – 2)
- ♦ Les spumavirus

2) - LES LENTIVIRUS :

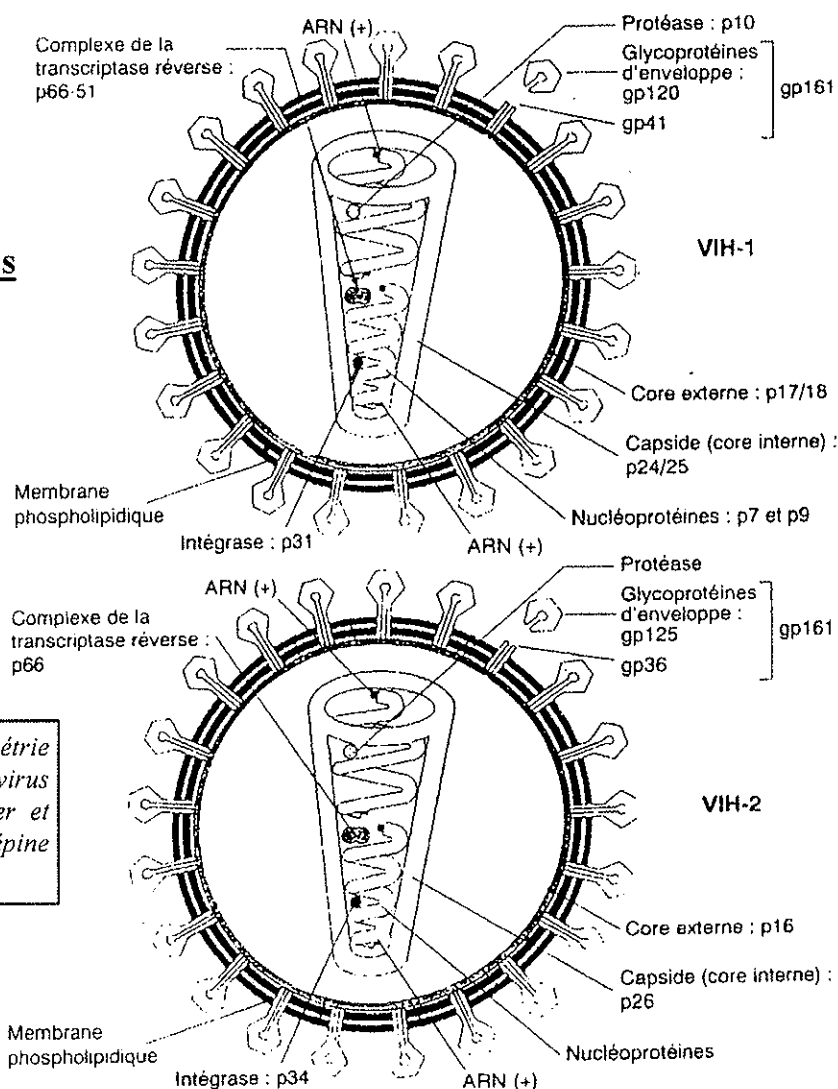
Les représentants de cette sous-famille sont les souches V.I.H. – 1 et V.I.H. – 2, responsables d'un syndrome d'immunodéficience acquise.

Ce sont des virus lymphotropes qui détruisent leurs cibles, les lymphocytes T CD4⁺.

Le syndrome produit par les V.I.H. est donc l'inverse d'une tumorigénèse. Il est responsable d'une oncogénèse de façon indirecte en diminuant les défenses immunitaires antitumorales de l'organisme.

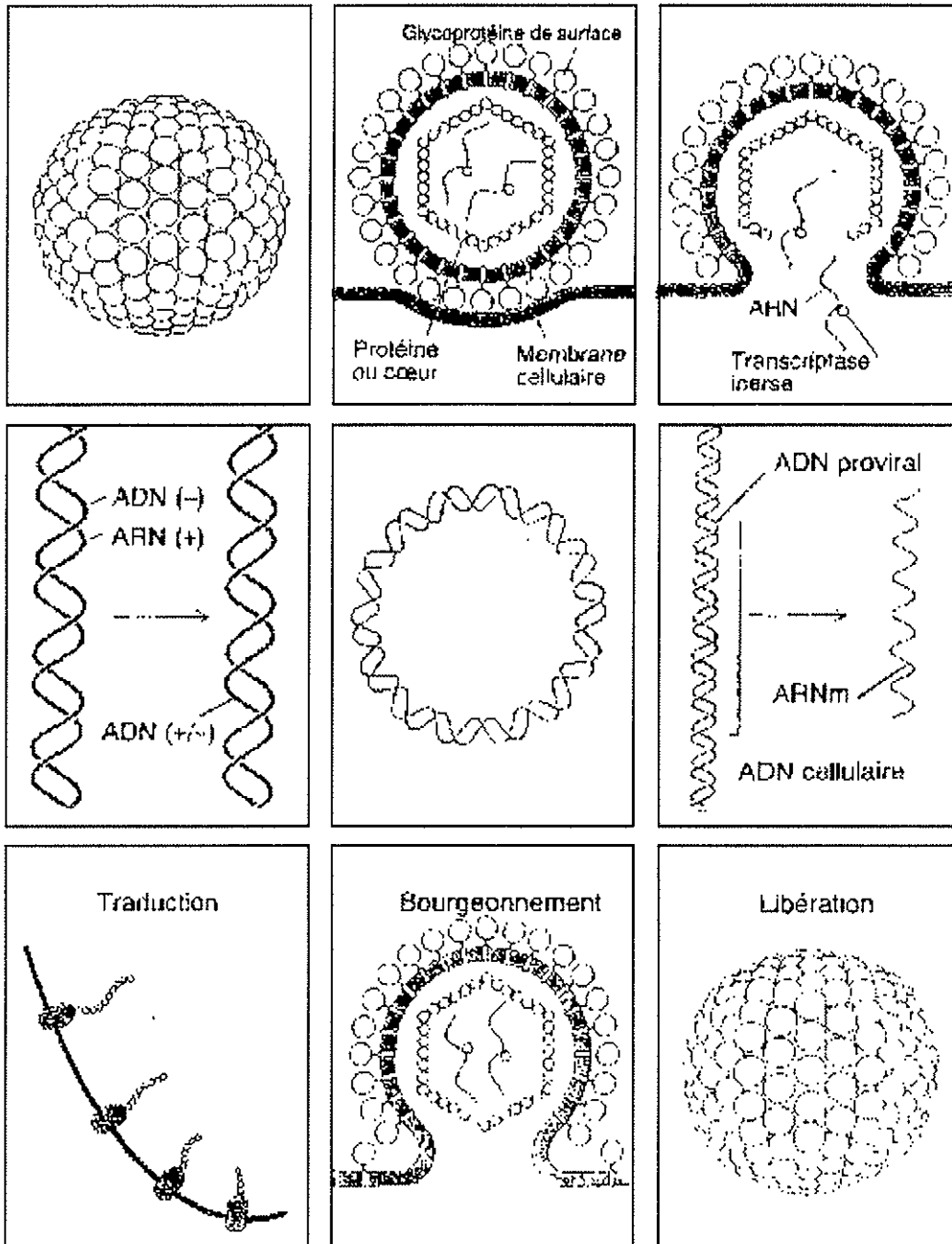
Nous ne verrons la structure et le cycle de réplication du virus qu'à l'aide de deux schémas :

Définition, structure et taxonomie des virus



Structure de virus enveloppés à symétrie hélicoïdale : comparaison entre les virus VIH-1 et VIH-2 (d'après Montagnier et al., 1989, modifiée, et d'après Delépine et Mauriat, 1996, modifiée).

Cycle des virus à ARN



Représentation schématique du cycle de vie d'un rétrovirus (d'après Pour la Science. Les virus : de la grippe au SIDA, 1987).

Traitements

I – Bases de toute prescription

II – Débuter un traitement

- 1) – L'ARN H.I.V. plasmatique
- 2) – Lymphocytes CD4
- 3) – Clinique
- 4) – Recommandations

III – Les antirétroviraux disponibles

- 1) – Action des antirétroviraux
- 2) – Antirétroviraux concernés

IV – Bonnes pratiques d'utilisation des antirétroviraux

V – Résistances thérapeutiques

VI – Conclusion

Les études avancent et permettent chaque jour une meilleure connaissance du virus. Il en est de même pour les médicaments, grâce au savoir que nous avons sur les mécanismes de réplication du V.I.H.

La molécule la plus connue, et la première mise sur le marché, est comme chacun sait, l'AZT (Zidovudine) dont le nom commercial est RETROVIR[®] (Glaxo-Wellcome).

Le choix d'un traitement est complexe. Il a été défini quelques modalités qui permettent d'orienter le médecin.

Après les avoir exposées, ainsi que l'aspect réglementaire, nous verrons les différentes molécules actuellement disponibles.

I – BASES DE TOUTE PRESCRIPTION :

Le but thérapeutique est d'abaisser le taux d'ARN H.I.V. plasmatique, afin qu'il soit indétectable aux tests, si possible.

Le choix des molécules antirétrovirales doit permettre des alternatives thérapeutiques en cas d'intolérance, ou d'échappement au traitement.

Il faut prévenir la sélection de mutants résistants et restaurer ou maintenir la fonction immunitaire.

La stratégie thérapeutique correspondant le mieux aux objectifs est la suivante :

- ◆ 2 inhibiteurs nucléosidiques de la reverse transcriptase :
 - AZT Zidovudine
 - ddl Didanosine
 - Etc...

- ◆ Associé à un inhibiteur de protéase puissant :
 - Indinavir ou Ritonavir
 - Etc...

La tendance de « *frapper vite et fort* », visant une idéale « *réplication nulle* » paraît l'emporter sur la tendance « *d'économiser ses cartouches* », ceci risquant plutôt de les griller.

Compte tenu du faible nombre actuel d'options thérapeutiques disponibles, il faut apprendre à gérer au mieux le capital thérapeutique d'un patient donné.

Remarques :

Il faut préciser que les différentes molécules ne sont pas disponibles de la même manière.

Certains médicaments possèdent une A.M.M. (Autorisation de Mise sur le Marché).

D'autres molécules sont soumises à l'ATU (Autorisation Temporaire d'Utilisation).

Il s'agit d'une disposition réglementaire précisée par le décret n° 94-568 du 8 juillet 1994, permettant à titre exceptionnel et pour une durée limitée à un an, l'utilisation de certains médicaments avant A.M.M., et en dehors d'un « essai thérapeutique ouvert » (ou « accès étendu ») qui dépend, lui, de la loi Huriet.

- ⇒ ATU de cohorte
- ⇒ ATU nominative

Ceci influe sur la facilité d'obtention d'une spécialité.

II – DÉBUTER UN TRAITEMENT :

Le praticien doit considérer trois éléments fondamentaux pour la mise en oeuvre d'un traitement.

1) - L'ARN H.I.V. PLASMATIQUE :

Il représente le paramètre le plus important.

Il existe une augmentation continue du risque de progression clinique avec les titres d'ARN plasmatique, sans qu'une réelle valeur seuil puisse être avancée.

**Pour un même patient, il importe de toujours utiliser le même test.
Au dessus de 10 000 copies / ml, il faut traiter.**

2) - LYMPHOCYTES CD4 :

Il faut tenir compte à la fois du nombre et du pourcentage.

Il existe un continuum d'augmentation du risque avec leur baisse.

En dessous de $350 / \text{mm}^3$, il faut traiter, quel que soit le niveau de l'ARN plasmatique.

3) - CLINIQUE :

La survenue d'événements cliniques est un argument de mise en oeuvre d'un traitement, qu'il s'agisse de primo-infection symptomatique, fièvre au long cours, sueurs nocturnes...

4) - RECOMMANDATIONS :

- ♦ Le traitement est recommandé pour tout patient symptomatique.
- ♦ En l'absence de symptômes, selon les situations biologiques et le pays, le traitement est :

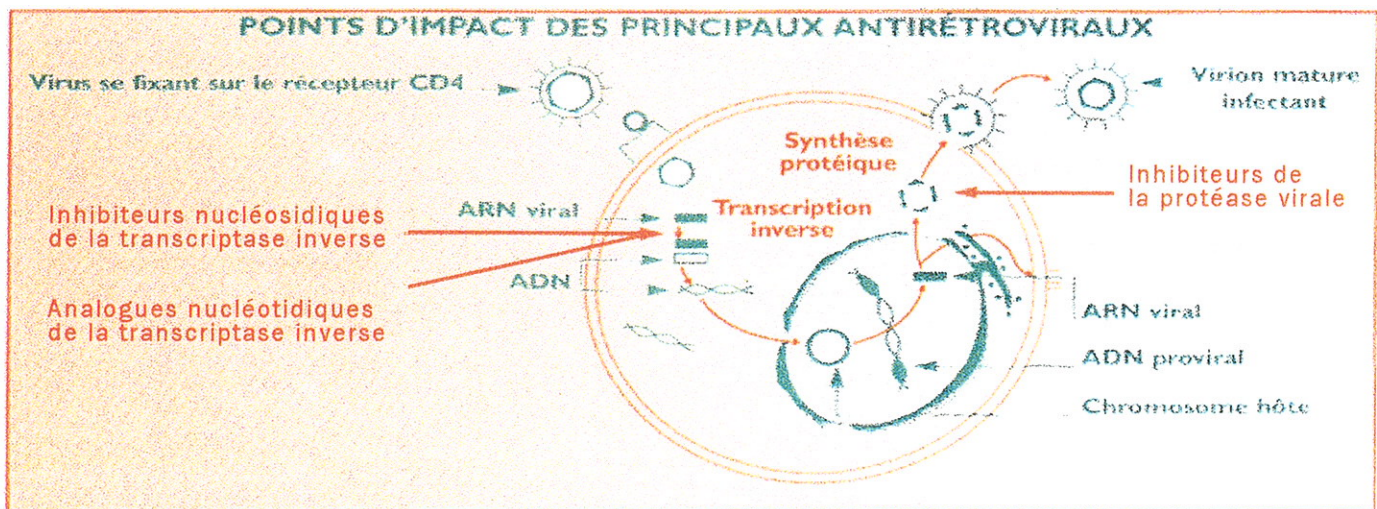
ARN HIV (plasma) France : 10 000 (USA : 5 à 10 000) copies / ml Seuil de détection	USA et France : recommandé	USA et France : recommandé	USA : recommandé France : proposable	
	USA et France : recommandé	USA : recommandé France : différable (1)	USA : à considérer (2) France : possible (4)	
	USA et France : recommandé	USA : recommandé France : différable (1)	USA : peut-être différable (3) France : possible (4)	
CD4	0	350	500	/ mm ³

- (1) Si les CD4 sont stables entre 350 et 500 / mm³.
- (2) Si le patient demandeur s'engage à une observance à vie.
- (3) Peut être sans risques ; réévaluer l'ARN tous les 3 à 6 mois.
- (4) Mais non recommandé ; réévaluer l'ARN tous les 3 à 6 mois.

Source : Jean-Michel DARIOSECQ / Pierre-Marie GIRARD
Infection VIH,
 Mémento thérapeutique 1998

III – LES ANTIRÉTROVIRAUX DISPONIBLES :

1) - ACTION DES ANTIRÉTROVIRAUX :



Source : LE CONCOURS MÉDICAL – Schéma réalisé par le Dr Salmon – Hôpital Cochin – Paris

2) - ANTIRÉTROVIRAUX CONCERNÉS :

Voir tableau pages suivantes

FAMILLE THÉRAPEUTIQUE	DCI <i>sigle</i>	SPÉCIALITÉ <i>laboratoire</i>	MOMENT DES PRISES PAR RAPPORT AUX REPAS	PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES SURVEILLANCE BIOLOGIQUE	CADRE ADMINISTRATIF	
Inhibiteurs de la transcriptase inverse ou <i>analogues nucléosidiques</i>	zidovudine <i>AZT</i>	Rétrovir® <i>Glaxo Wellcome</i>	Prise indifférente (au cours ou en dehors du repas)	hématotoxicité, myopathie <i>NFS, CPK</i>		
	didanosine <i>ddl</i>	Videx® <i>BMS</i>	En dehors des repas : au moins 30 min avant ou 2 h après	pancréatite, neuropathie périphérique hépatotoxité <i>NFS, amylasémie, lipasémie, transaminases</i>		
	zalcitabine <i>ddC</i>	Hivid® <i>Roche</i>	Prise indifférente (au cours ou en dehors du repas)	neuropathie périphérique, pancréatite, <i>NFS, amylasémie, lipasémie</i>		
	stavudine <i>d4T</i>	Zerit® <i>BMS</i>	De préférence 1 h avant le repas	neuropathie périphérique, pancréatite, <i>NFS, transaminases, lipasémie, amylasémie</i>		
	lamivudine <i>3TC</i>	Epivir® <i>Glaxo Wellcome</i>	Prise indifférente (au cours ou en dehors du repas)	hématotoxicité, hépatotoxicité <i>NFS, transaminases</i>		
	abacavir	Ziagen® <i>Glaxo Wellcome</i>	Prise indifférente (au cours ou en dehors du repas)	manifestations graves d'hypersensibilité <i>NFS, ASAT / ALAT, CPK</i>	ATU de cohorte	
	AZT + 3TC	Combivir® <i>Glaxo Wellcome</i>	Prise indifférente (au cours ou en dehors du repas)	hématotoxicité, myopathie <i>NFS, CPK, ASAT / ALAT</i>		
	Analogues non nucléosidiques (V.I.H. - I)	névirapine	Viramune® <i>Boehringer Ingelheim</i>	Prise indifférente (au cours ou en dehors du repas)	rashs cutanés, Syndrome de Stevens Johnson dans les 6 premières semaines de traitement anomalies des tests hépatiques	
		efavirenz	Sustiva® <i>Du Pont Pharma</i>	Prise à jeun, ou avec de la nourriture Souvent : une prise au coucher	éruptions cutanées, troubles de l'attention, vertiges	ATU de cohorte
		delavirdine	Rescriptor® <i>Pharmacia Upjohn</i>	Prise indifférente (au cours ou en dehors du repas)	éruptions cutanées	ATU nominative

FAMILLE THÉRAPEUTIQUE	DCI <i>Sigle</i>	SPÉCIALITÉ <i>laboratoire</i>	MOMENT DES PRISES PAR RAPPORT AUX REPAS	PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES SURVEILLANCE BIOLOGIQUE	CADRE ADMINISTRATIF
Inhibiteurs de la protéase virale ou <i>antiprotéases</i>	Ritonavir	Norvir® <i>Abbott</i>	De préférence au cours d'un vrai repas. A conserver entre 2° C et 8° C au réfrigérateur	troubles digestifs, neuropathie périphérique, paresthésie péribuccales, <i>NFS, transaminases, glycémie</i>	
	Indinavir	Crixivan® <i>MSD</i>	En dehors des repas : 1 h avant ou 2 h après	lithiase urinaire, hyperbilirubinémie <i>NFS, transaminases, bilirubinémie, glycémie</i>	
	saquinavir	Invirase® <i>Roche</i>	Au cours d'un vrai repas, (une simple collation ne suffit pas) ou dans les 2 h qui suivent	Troubles digestifs <i>NFS, glycémie</i>	
	nelfinavir	Viracept® <i>Agouron</i> <small>(commercialisé par ROCHE)</small>	Au cours d'un repas, quelle que soit leur teneur en lipides	cas de diabète	
	amprenavir	Agenerase® <i>Glaxo Wellcome</i>	Prise indifférente (au cours ou en dehors du repas)	élévation des <i>transaminases, CPK, diminution du taux des polynucléaires neutrophiles</i>	ATU nominative
Analogues Nucléotidiques de la transcriptase inverse	Adefovir dipivoxil	Preveon® <i>Lab. Gilead (USA)</i>	Une seule prise quotidienne	Céphalées, rash Troubles rénaux Légère élévation des transaminases hépatiques, diminution des taux sériques de carnitine	ATU nominative 1999

Remarque :

l'adefovir possède déjà le groupe phosphate initial pour aboutir au métabolite triphosphate actif.

IV – BONNES PRATIQUES D'UTILISATION DES ANTIRÉTROVIRAUX :

MODALITÉS PRATIQUES D'UTILISATION

Agénérase®
(amprénavir)
capsule molle
150 mg



Posologie usuelle
1200 mg (8 capsules)
2 fois/jour

Modalités de prises
→ prise indifférente
par rapport aux repas

**Modalités
de conservation**
→ conservation à
température ambiante
(≤ 30° C)

Combivir®
(zidovudine 300 mg
+ lamivudine 150 mg)
comprimés

Posologie usuelle
1 comprimé 2 fois/jour

Modalités de prises
→ prise indifférente
(en dehors des repas de
préférence ou au cours des
repas)

**Modalités
de conservation**
→ conservation à
température ambiante
(< 30° C)

Crixivan®
(indinavir)
gélules
200 mg
et 400 mg



Posologie usuelle
800 mg (2 gélules à 400 mg) 3 fois/jour
(c'est-à-dire toutes les 8 heures)

Modalités de prises
→ à jeun (1 heure avant ou 2 heures
après un repas) avec de l'eau
(bicarbonates < 600 mg/l) ou autre
liquide (lait écrémé ou demi-écrémé, jus
de fruits, café, thé)
→ éventuellement avec un repas léger
pauvre en lipides
→ boire environ 1/2 litre d'eau dans les
deux heures suivant chaque prise
→ avaler les gélules sans les ouvrir

Modalités de conservation
Sensibilité à l'humidité
→ conserver dans le flacon d'origine
avec le déshydratant.

Epivir®
(lamivudine : 3TC)
comprimés 150 mg
sol. buv. 10 mg/ml



Posologie usuelle
150 mg (1 comprimé ou
15 ml de solution buvable)
2 fois/jour


Modalités de prises
→ prise indifférente
(en dehors des repas de
préférence ou au cours des
repas)

**Modalités
de conservation**
→ La solution buvable ne
doit pas être conservée
plus d'un mois après
ouverture

Source : F. RENON CARRON / M. JAVERLIAT
Bonnes pratiques d'utilisation des antirétroviraux
Actualités pharmaceutiques N° 373 – Mars 1999 – p 16 – 18

MODALITÉS PRATIQUES D'UTILISATION (SUITE)

Fortovase®
(saquinavir)
capsules
200 mg



Posologie usuelle
1200 mg (6 capsules)
3 fois /jour

Modalités de prises
→ au cours d'un vrai repas ou dans les 2 heures qui suivent

Modalités de conservation
→ à la pharmacie : conserver dans l'emballage d'origine au réfrigérateur entre 2 et 8° C
→ au domicile du patient : possibilité de conserver à température ≤ 25° C pendant trois mois maximum (noter sur l'étiquette du flacon la date à laquelle le produit a été conservé à température ambiante)


Hivid®
(zalcitabine : ddC)
comprimés 0,375 mg et 0,750 mg

Posologie usuelle
0,750 mg 3 fois/jour

Modalités de prises
→ prise indifférente par rapport aux repas

Modalités de conservation
→ conservation à température ambiante (< 30° C)

Invirase®
(saquinavir)
gélules
200 mg




Posologie usuelle
600 mg (3 gélules)
3 fois/jour

Modalités de prises
→ au cours d'un vrai repas ou dans les 2 heures qui suivent (jus de pampleousse ++)

Modalités de conservation
→ conserver dans l'emballage d'origine

Norvir®
(ritonavir)
gélules
100 mg et sol. buv.
80 mg/ml



Posologie usuelle
600 mg (6 gélules ou 7,5 ml de sol. buv.) 2 fois/jour (doses progressives en début de traitement)

Modalités de prises
→ au cours des repas
→ ne pas ouvrir les gélules (contenu semi-liquide)
→ le goût amer de la solution buvable peut être atténué en la mélangeant à du chocolat au lait (pas d'eau)
→ après utilisation, le verre doseur ou la seringue graduée fournis avec la solution doivent être immédiatement lavés à l'eau chaude et au produit à vaisselle ; ils doivent être secs avant utilisation

Modalités de conservation
→ les gélules se conservent au réfrigérateur (étude stabilité : 30 jours à température < 25° C)
→ la solution buvable se conserve à température ambiante (20 - 25° C) ; stabilité : 30 jours après ouverture du flacon
→ conserver dans le flacon d'origine


Rescriptor®
(delavirdine)
comprimés
100 mg

Posologie usuelle
400 mg (4 comprimés) 3 fois/jour

Modalités de prises
→ prise indifférente par rapport aux repas
→ possibilité de disperser les comprimés dans un liquide (eau, jus de fruit, boisson non alcoolisée) : - mettre 4 comprimés dans au moins 90 ml (1/2 verre) d'eau ou une autre boisson, laisser reposer quelques minutes puis remuer et absorber immédiatement

Modalités de conservation
→ conserver dans le flacon bien fermé avec le déshydratant, à l'abri de l'humidité.

Retrovir®
(zidovudine : AZT)
gélules 100 mg et 250 mg
comprimés 300 mg
sol. buv.
100 mg/10 ml



Posologie usuelle
250 mg ou 300 mg (1 gélule à 250 mg ou 1 comprimé à 300 mg)
2 fois/jour

Modalités de prises
→ prise indifférente (en dehors des repas de préférence ou au cours des repas)

Modalités de conservation
→ conservation à l'abri de la lumière, à température ambiante (< 30° C)

MODALITÉS PRATIQUES D'UTILISATION (SUITE)

Sustiva®
(efavirenz)
gélules
200 mg
100 mg et 50 mg

Posologie usuelle
600 mg (3 gélules à 200 mg)
par jour en une seule prise

Modalités de prises
→ prise indifférente
par rapport aux repas

Modalités de conservation
→ conservation à température
ambiante (entre 15 et 30° C)
dans le flacon d'origine
→ bien reboucher le flacon
après utilisation



Videx®
(didanosine :
ddl)
cp : 25 - 50 -
100
et 150 mg
poudre pour
sol. buv. 2 et
4 g

Posologie usuelle (comprimés)
Si poids ≥ 60 kg → 200 mg 2 fois par jour
Si poids < 60 kg → 125 mg 2 fois par jour

Modalités de prises
→ à jeun (30 minutes avant ou 2 heures
après le repas)
→ toujours **2 comprimés à chaque prise**
→ les comprimés peuvent être croqués
ou dispersés dans de l'eau plate ou du
jus de pomme (stabilité après
dispersion : 1 heure à 15 - 30° C). Ne
pas mélanger à de l'eau gazeuse, à
d'autres jus de fruits, ni à tout autre
liquide acide
→ la **poudre pour solution buvable** doit
être reconstituée avec de l'eau puis
mélangée avec un antiacide (hydroxydes
d'aluminium et de magnésium) ; stabilité
après reconstitution : 30 jours au
réfrigérateur.



Modalités de conservation
→ conservation à température ambiante (15 -
30° C)
→ les comprimés doivent être conservés dans
leur flacon fermé

Viracept®
(nelfinavir)
cp 250 mg et
poudre orale
50 mg/g

Posologie usuelle
750 mg (3 comprimés ou 15
cuil. mesure de 1 g)
3 fois/jour

Modalités de prises
→ au cours des repas
→ les comprimés doivent être avalés
entiers.
→ la poudre orale peut être mélangée
avec de l'eau, du lait, du lait de soja,
des suppléments diététiques ou du flan
(stabilité = 6 heures après le mélange)
Ne pas mélanger avec du jus de fruit
ou aliments acides (jus d'orange,
compotes)

Modalités de conservation
→ conservation dans le conditionnement
d'origine à température ambiante



Viramune®
(névirapine)
comprimés 200 mg
et susp. buvable
50 mg/5 ml

Posologie usuelle
- J₁ - J₁₄ : 200 mg/jour
- à partir de J₁₅ : 200 mg
2 fois/jour

Modalités de prises
→ prise indifférente
par rapport aux repas

Modalités de conservation
→ conservation à
température ambiante



Zérit®
(stavudine : d4T)
cp : 15 - 20 - 30
et 40 mg
poudre pour sol.
buv. 1 mg/ml

Posologie usuelle
Si poids ≥ 60 kg → 40 mg 2 fois par jour
Si poids < 60 kg → 30 mg 2 fois par jour

Modalités de prises
→ de **préférence à jeun** (1 heure
avant le repas)
→ possibilité d'ouvrir la gélule et de
mélanger le contenu avec les aliments
→ reconstituer la poudre pour
solution buvable avec de l'eau ; bien
agiter le flacon avant chaque
utilisation (stabilité après
reconstitution :
30 jours au réfrigérateur dans le
flacon fermé de façon étanche)

Modalités de conservation
→ conservation dans les flacons
fermés de façon étanche à
température ambiante (15 - 30° C)



Ziagen®
(abacavir)
comprimés
300 mg
et susp. buvable
20 mg/ml

Posologie usuelle
1 comprimé 2 fois/jour

Modalités de prises
→ prise indifférente
par rapport aux repas

Modalités de conservation
→ conservation à température
ambiante



V – RÉSISTANCES THÉRAPEUTIQUES :

Le pouvoir de réplication du virus est élevé, ce qui entraîne de nombreuses erreurs de transcription.

Le génome comprenant environ 10 000 nucléotides, et une mutation se produisant tous les 10 000 nucléotides copiés, on estime qu'en moyenne, une erreur survient à chaque copie de virus.

Les mutations ne sont qu'une conséquence directe de ce phénomène.

Les souches mutées préexistent, et les antirétroviraux sélectionnent la ou les souches, si un taux significatif de réplication virale persiste.

Il est donc indispensable d'obtenir la charge virale la plus basse possible et le plus longtemps possible, afin de diminuer le risque d'émergence des souches résistantes.

Tout ceci peut être résumé en deux tableaux :

Tableau I.

Sélection naturelle par les antirétroviraux des mutants résistants préexistants.

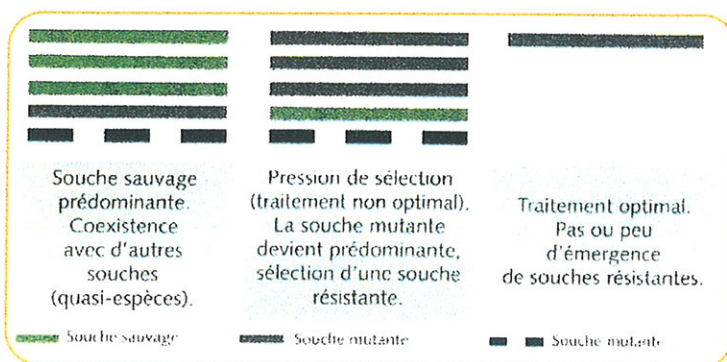
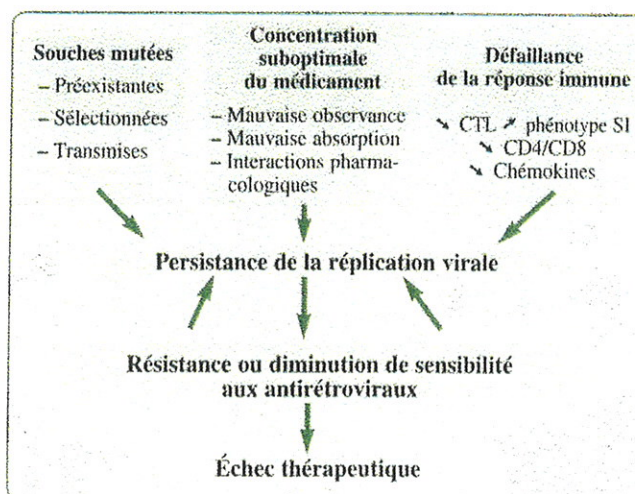


Tableau II.

Facteurs conduisant à l'échec thérapeutique.
(D'après Mellors, Chicago, 1998)



VI – CONCLUSION :

Les thérapies actuelles restent lourdes et contraignantes pour le patient.

Elles sont génératrices de nombreux effets secondaires et d'interactions médicamenteuses.

Leur maniement demeure complexe pour des résultats différents selon les patients.

*A quand un traitement avec une guérison totale,
sans résistance et échappement thérapeutique ?*

*Où est la solution
pour un traitement favorisant une observance facile
aux faibles effets indésirables ?*

*Le Sarcome
de Kaposi*

I – Définition – Épidémiologie

- 1) – Définition
- 2) – Épidémiologie

II – Pathologie – Clinique

- 1) – Pathologie
- 2) – Clinique
 - [a] Localisations cutanéomuqueuses
 - [b] Localisations extra-cutanées
- 3) – Pronostic

III – Traitements

- 1) – Traitement local
- 2) – Traitement général
 - [a] Les interférons
 - [b] Chimiothérapies
 - 1er Cas : Monochimiothérapies
 - 2ème cas : Polychimiothérapies
 - [c] Nouvelles thérapies

IV – Conclusion

LE SARCOME DE KAPOSI

L'infection par le V.I.H. se caractérise par de nombreuses maladies opportunistes. Elles ont permis de définir les catégories cliniques selon les nouvelles classification et définition du Sida, 1993 par l'O.M.S.

Catégories cliniques selon les nouvelles classification et définition du sida, 1993

Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C
<p>Un ou plusieurs des critères listés ci-dessous chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH, s'il n'existe aucun des critères des catégories B et C :</p> <ul style="list-style-type: none">- infection VIH asymptomatique ;- lymphadénopathie persistante généralisée (LPG) ;- primo infection symptomatique	<p>Manifestations cliniques chez un adulte ou un adolescent infecté par le VIH ne faisant pas partie de la catégorie C et qui répondent au moins à l'une des conditions suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- angiomatose bacillaire ;- candidose oropharyngée ;- candidose vaginale persistante, fréquente ou qui répond mal au traitement ;- dysplasie du col (modérée ou grave), carcinome in situ ;- syndrome constitutionnel : fièvre ($\geq 38,5$ °C) ou diarrhée supérieure à un mois ;- leucoplasie chevelue de la langue ;- zona récurrent ou envahissant plus d'un dermatome ;- purpura thrombocytopénique idiopathique ;- salpingite, en particulier lors de complications par des abcès tubo-ovariens ;- neuropathie périphérique. <p>Cette catégorie est hiérarchique, c'est-à-dire qu'un sujet classé dans la catégorie B ne peut passer dans la catégorie A lorsque les signes cliniques ont disparu.</p>	<p>Cette catégorie correspond à la définition du sida chez l'adulte. Lorsqu'un sujet a présenté une des pathologies de cette liste, il est classé définitivement dans la catégorie C :</p> <ul style="list-style-type: none">- candidose bronchique, trachéale ou pulmonaire ;- candidose oesophagienne ;- cancer invasif du col* ;- coccidioïdomycose, disséminée ou extra-pulmonaire ;- cryptosporidiose intestinale supérieure à un mois ;- infection à CMV (autre que foie, rate ou ganglions) ;- rétinite à CMV (avec altération de la vision) ;- encéphalopathie due au VIH ;- infection herpétique, ulcères chroniques supérieurs à 1 mois, ou infection bronchique, pulmonaire ou oesophagienne ;- histoplasmosse disséminée ou extra-pulmonaire ;- Isosporidiose intestinale chronique (supérieure à 1 mois) ;- sarcome de Kaposi ;- lymphome de Burkitt ;- lymphome immunoblastique ;- lymphome cérébral primaire ;- infection à <i>Mycobacterium tuberculosis</i>, quel que soit le site (pulmonaire* ou extra-pulmonaire) ;- infection à <i>Mycobacterium avium</i> ou <i>kansasii</i>, disséminée ou extra-pulmonaire ;- infection à mycobactérie, identifiée ou non, disséminée ou extra-pulmonaire ;- pneumopathie bactérienne et récurrente* ;- leuco-encéphalopathie multifocale progressive ;- septicémie à <i>salmonelle non typhi</i> récurrente ;- toxoplasmosse cérébrale ;- syndrome cachectique dû au VIH. <p>* Nouvelles pathologies ajoutées en 1993</p>

Nous pouvons citer les pneumocystoses à *pneumocystis carinii*, les candidoses ou bien le Sarcome de Kaposi.

Ici, je ne parlerai brièvement que de ce dernier, qui a été au début des années 80, la première tumeur annonçant une nouvelle épidémie.

LE SARCOME, OU MALADIE DE KAPOSI

Il fut décrit en 1872, par un dermatologue viennois, le Dr Moritz Kaposi, qui lui donna son nom.

I – DÉFINITION – ÉPIDÉMIOLOGIE :

1) - DÉFINITION :

Lésions cutanées d'allure vasculaire, prédominant aux membres inférieurs, chez les hommes de plus de 50 ans de l'Est, souvent d'ascendance juive ashkénaze.

La forme associée au sida, ou Maladie de Kaposi épidémique, survient chez les jeunes hommes homosexuels le plus souvent, mais parfois aussi chez les femmes et hétérosexuels.

2) - ÉPIDÉMIOLOGIE :

Elle classe les patients dans le groupe C de la classification de l'OMS.

Cette maladie qui représentait jusqu'à 50 % des manifestations inaugurales du Sida est descendue à 20 % en 1995.

Mais, la durée de vie des patients augmentant, sa survenue à un stade tardif de la maladie, reste élevée.

II – PATHOLOGIE – CLINIQUE :

1) - PATHOLOGIE :

La conception actuelle de cette prolifération polyclonale repose sur la théorie d'une hyperplasie, constituée :

- ♦ De cellules polyclonales d'aspect fusiforme ou vasculaire d'origine variée (endothéliale macrophagique, myofibroblastique, musculaire lisse).
- ♦ De cellules dermiques normales.
- ♦ De cellules inflammatoires.

La maladie serait due à un agent transmissible, s'exprimant au cours d'un déficit immunitaire.

De plus, il y aurait un lien entre son apparition et la fréquence des relations sexuelles.

En janvier 1996, un virus du groupe herpès a été identifié, et nommé KSHV pour Kaposi Sarcoma Herpes Virus.

2) - CLINIQUE :

Au début de l'épidémie, les localisations cutané-muqueuses constituaient 90 % des cas primaires de la Maladie de Kaposi.

Actuellement, chez les patients fortement immunodéprimés (taux de CD4 < 200 / μ l) apparaissent des formes graves, avec localisations cutanées oedémateuses ou atteintes viscérales (poumons).

[a] Localisations cutané-muqueuses :

Ce sont des lésions souvent multiples, disséminées sur l'ensemble du corps, principalement au niveau des extrémités.

Elles sont typiquement nodulaires, variant de quelques millimètres à plusieurs centimètres, bien limitées, angiomateuses, érythémateuses puis violines, de plus hyperpigmentées, entourées parfois d'un halo ecchymotique initialement indolore.

[b] Localisations extra-cutanées :

Les localisations ganglionnaires sont fréquentes, mais sous-estimées en l'absence de biopsie systématique.

L'atteinte digestive se retrouve dans 30 à 50 % des cas.

L'atteinte pulmonaire apparaît de plus en plus fréquente, et peut inaugurer la Maladie de Kaposi.

3) - PRONOSTIC :

Classification T.I.S. de la Maladie de Kaposi

	Meilleur risque : 0	Mauvais risque : 1
T = Tumor	<i>Restreinte à :</i> <ul style="list-style-type: none"> - peau - ganglion et / ou - lésions planes du palais 	<i>Associée à :</i> <ul style="list-style-type: none"> - œdème et / ou ulcération cutanée - lésions buccales non planes - autres localisations viscérales
I = Immune system	CD4 ≥ 200	CD4 < 200
S = System symptômes	<ul style="list-style-type: none"> - pas d'antécédents d'infection opportuniste - pas d'antécédents de candidose oropharyngée - pas de symptômes B - Karnofsky ≥ 70 	<ul style="list-style-type: none"> - antécédents d'infection opportuniste - antécédents de candidose oropharyngée - symptômes B - Karnofsky < 70 - autres : atteinte neurologique lymphome

III – TRAITEMENTS :

Ils sont multiples, locaux ou généraux avec les polychimiothérapies.

1) - TRAITEMENT LOCAL :

Il en existe plusieurs que nous citerons seulement.

- ⇒ La cryothérapie
- ⇒ Le laser chirurgical
- ⇒ L'injection in situ de cytotoxiques
- ⇒ La radiothérapie superficielle
- ⇒ L'application de dérivés rétinoïques est à l'étude.

2) - TRAITEMENT GÉNÉRAL :

[a] Les Interférons :

Interféron α (IFN α)

INTRONA ®

ROFERON-A ®

Leur prescription repose sur trois propriétés essentielles :

- ⇒ Une activité antitumorale
- ⇒ Une inhibition de l'angiogénèse
- ⇒ Une inhibition de la sécrétion de cytokines stimulant la croissance de la maladie de Kaposi.

De plus, ils possèdent une activité antivirale contre le VIH.

Il aurait, enfin, un éventuel effet antiviral contre le KSHV.

Le traitement présente de bons résultats chez des patients sans atteinte viscérale avec un taux de CD4 supérieur à 200 / μ l.

[b] Les Chimiothérapies :

⇒ 1er cas : Monochimiothérapies

Elles sont réservées aux formes cutanées extensives et / ou viscérales ne mettant pas en jeu le pronostic vital, à brève échéance.

	Dose	% RP + RC	Durée Efficacité	Toxicité
Bléomycine	15 mg x 3 / 14 j	48 – 74	20 – 37 j	Cutanée, fièvre
Vinblastine	4 – 8 mg / 7 j	26	13 j	NFS, nausées, système nerveux
Etoposide	450 mg / m ² / 28 j	0 – 76	0 – 39	NFS, alopecie
Vincristine	2 mg / 7 j	60 – 80	10 – 17	Neuropathie
Adriamycine	20 mg / m ² / 15 j	14 – 48	14 – 16	NFS, nausées, coeur

⇒ 2ème cas : Polychimiothérapies

Les associations les plus utilisées comportent la doxorubicine, la bléomycine, la vincristine ou la vinblastine.

Ces traitements sont réservés aux formes cutanées oedémateuses très importantes, et aux atteintes viscérales (pulmonaires).

[c] Nouvelles thérapies :

Il faut citer les rétinoïdes, dérivés de la Vitamine A, dont l'acide tout-transrétinoïque (ATTR).

Le traitement se fait par voie orale en ambulatoire avec peu d'effets secondaires.

Des études portent actuellement sur :

- ♦ Le foscarnet – FOSCAVIR ®
- ♦ L'hormone gonadotrophique chorionique

IV – CONCLUSION :

La maladie de Kaposi n'est qu'un exemple parmi tant d'autres des infections liées au V.I.H.

Son traitement dépend de l'état du patient, du taux de CD4, de l'existence ou non d'autres affections opportunistes...

Les progrès thérapeutiques sont là, et doivent perdurer pour le bien de chacun.

La Prévention

Un des premiers moyens de lutter contre le SIDA est la prévention.

Elle doit se faire par plusieurs procédés, comme :

- l'information, la sensibilisation
- l'explosion des tabous
- l'usage généralisé du préservatif, ainsi que la vente libre des seringues
- le cas particulier des dons d'organes et de produits sanguins (Tests)

L'information a été le premier moyen utilisé par les pouvoirs publics et les associations de lutte contre le Sida.

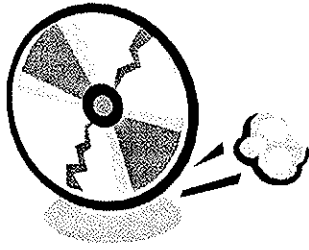
Le principal support, au départ, a été les magazines et les brochures. Les messages expliquaient les différents modes de transmission, et les moyens préventifs (mais de façon quelque peu confuse)

Les associations, qui au départ, ont surtout été créées dans le milieu gay et artistique, ont utilisé les revues homosexuelles en décrivant les « pratiques à risque » et les moyens préventifs comme le préservatif, afin de cibler les premières personnes touchées.

Puis, des supports audiovisuels sont venus conforter ces premiers articles, sous la forme de clips vidéo, messages radiophoniques, émissions avec intervention de spécialistes.

Actuellement, les derniers supports sont les sites Internet, et les CD.

Exemple : CD « Sound of life »



Sound of life

**Sida, c'est pas toujours
Parce qu'on sait qu'on fait.**

CD diffusé dans le cadre de la campagne de lutte contre l'infection à VIH-SIDA.
CD distribué le 31.12.98 à Paris.

Nouveau moyen de prévention avec ce CD de Music Techno jeune.
Ce CD distille des informations simples, que nous retrouvons dans le livret très bien étudié :

- » Une image fraîche avec un jeune dans le « coup » et une bulle avec :
 - ▶ Son prénom
 - ▶ Son âge
 - ▶ Sa devise.

Derrière, un petit texte avec des mots simples, qui aborde un aspect de la prévention que nous retrouvons sur le CD.

- » Il faut vraiment que le préservatif devienne le réflexe.
- » Le Truc, avec le Sida et les MST, c'est d'être informé.
- » Si on a envie de ne plus avoir à en parler, le plus simple, c'est d'en parler.
- » La première fois.
- » Mieux vivre, ça veut dire :
Mieux vivre chez soi, avec ses amis, ses parents, et même dans son boulot.

Chaque fiche porte le titre de chaque point essentiel de la prévention :

- » S'éclater.
- » S'aider, parler.
- » Changer, faire le point.
- » Rencontrer.
- » S'informer, s'orienter.
- » Savoir.

Rappel de 3 Numéros importants :

Sida Info Service : **0800 840 800**
Fil Santé Jeunes : **0800 235 236**
Drogues Info Services : **0800 23 13 13**



Moyen intéressant, alliant l'utile (prévention) à l'agréable (Musique).
Plus un bon dosage : beaucoup de Musique et quelques paroles parsemées auxquelles on prête plus d'attention. Pas de « prise de tête ».

LES FICHES : Chacun peut trouver la sienne, et se sentir concerné.

L'explosion des tabous représente un énorme effort à réaliser pour assurer une meilleure prévention, et éviter le stupide écueil :

« Cela n'arrive qu'aux autres, et vous savez de qui je veux parler ».

En effet, cette attitude hétérosexuelle qui consiste à croire que seules des minorités peuvent être infectées, ne protège pas de la maladie.

C'est pourquoi, des campagnes de prévention télévisées – que l'on peut qualifier d'engagées – ont montré toutes les pratiques sexuelles à risque : hétérosexuelles ou homosexuelles.

De plus, il faut lutter contre des dogmes religieux qui ne prônent que la fidélité, et qui sont contre le port du préservatif, alors que ceci n'est pas proche de la réalité, surtout chez les jeunes.

L'amour ne protège personne, et le Sida peut malheureusement contaminer tout le monde.

Même si certaines personnes, de par leur préférence sexuelle, peuvent avoir des rapports à risque plus nombreux que d'autres, il faut empêcher des idées fausses et préconçues de nuire à la prévention.

« Le préservatif protège de tout, sauf de l'Amour ».

Ce petit manteau de latex reste le meilleur moyen de protection face au V.I.H. et aux MST.

De nombreuses campagnes sensibilisent régulièrement à son usage.

Le milieu homosexuel, fortement victime de la maladie, a su très bien généraliser son usage, en offrant gratuitement prospectus, préservatifs et gels lubrifiants, dans tous les établissements gays.

Des campagnes de vente de préservatifs à 1 F ont été instaurées, afin de permettre son accès à toutes les couches sociales, et notamment les jeunes.

Malheureusement, l'aspect lucratif a surpassé la déontologie, et mis fin à ces campagnes.

Dans le cadre particulier de la toxicomanie, la vente libre des seringues à insuline permet de réduire l'échange de celles-ci, et de diminuer la contamination par voie sanguine (Stéri Box).

Stéribox Kit comprend :

- ⇒ deux seringues
- ⇒ deux tampons alcoolisés
- ⇒ un préservatif + Notice
- ⇒ deux ampoules d'eau stérile pour injection
- ⇒ un étui de récupération
- ⇒ un message d'information et de prévention

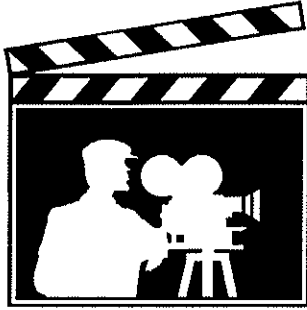
Ce Kit coûte 5 Francs, et assure une totale prévention pour le toxicomane.

Il reste à parler des dons d'organes et sanguins.

Tout donneur doit se soumettre à un test obligatoire de dépistage afin d'exclure toute personne contaminée.

De plus, le milieu pénitencier a été exclu du réseau des donneurs sanguins.

En conclusion, je ne citerai qu'un documentaire diffusé sur la chaîne télévisée Arte, qui me paraît une bonne prévention. Il montre la maladie telle qu'elle est, démolit les tabous, et pousse à la prévention.



Sida et Mort

Documentaire Vidéo - 1996 (sur Arte)
REPORTAGE FAIT EN ALLEMAGNE

Ce film montre, sous la forme d'une succession d'interviews, le point de vue de plusieurs malades d'horizons différents.

Se suivent ainsi un couple, un écrivain, un jeune homosexuel, deux femmes...

Ils parlent de leur réaction vis à vis de leur contamination, de leur vie au quotidien, de leur manière de gérer cette maladie face à leurs proches, à la société.

Chacun donne enfin sa vision de l'avenir, de sa vie...

La première réaction qui nous retient après ce film est celle que chacun doit avoir face à l'annonce de la séropositivité d'un proche : quelle va être notre réaction : crier ou tendre la main.

Ce reportage est comme la vie d'un patient atteint de Sida : dur, plein d'espoir et cru comme la réalité.

En effet, tous les patients ont lutté avant la maladie, et maintenant il luttent encore pour une vie meilleure et contre le SIDA.

Reflet du début de la pandémie, le Sida s'est ajouté à des préjugés, des difficultés sociales, économiques, avec l'homosexualité, la toxicomanie, la prostitution.

Maintenant, ils prennent de plus en plus conscience de l'importance du préservatif, et deviennent des acteurs de la prévention.

Contrairement, à travers les jeunes hétérosexuels interrogés qui font partie de la population plus tardivement touchée, on s'aperçoit d'un manque de responsabilité : ils sont peu informés, pensent que cela n'arrive qu'aux autres. Ils ont peur d'effectuer le test et préfèrent prendre des risques pour eux et leurs partenaires.



Sida et Mort

Documentaire Vidéo - 1996 (sur Arte)
REPORTAGE FAIT EN ALLEMAGNE

Ce reportage nous montre aussi l'espoir de ces malades. Malgré tout, ils attendent des progrès thérapeutiques, certains sont prêts à essayer de nouvelles molécules.

Ils veulent vivre, profiter de chaque instant offert. Ils regardent la vie sous un autre angle, et veulent en profiter.

Dans le reportage, j'ai eu l'impression que les proches voient plus l'ombre de la mort que les malades, comme si chaque moment était fort et précieux.

Enfin, ce film est très cru. Il montre les choses telles qu'elles sont. On voit les angoisses, les choix de chacun face à la maladie.

Les malades parlent des personnes perdues, d'une présence (absente ou non) recherchée, des réactions de rejet subies, des hauts et des bas du moral. La maladie n'est pas acceptée tous les jours de la même façon.

Il y a aussi quelque chose qui semble hanter tous ces malades :

Qui a contaminé ?

A qui la faute et à qui pardonner ?

Le film montre la maladie telle qu'elle est : difficile à supporter, la lutte pour continuer, le vide qu'elle provoque autour, et pourtant toujours la même quête : l'Amour partagé.

TABLEAUX RÉCAPITULATIFS
DES DIFFÉRENTS
MODES DE PRÉVENTION

Conduite à tenir en cas d'accident (professionnel) après exposition au sang (AES)

Accident

Déclaration d'accident du travail

- dans les 24 heures selon les modalités en vigueur dans l'établissement d'appartenance du soignant et en fonction de son statut
- en respectant l'anonymat du malade source

Premiers soins

Exposition percutanée :

Nettoyage immédiat de la plaie à l'eau et au savon.

Rinçage antiseptique : dérivés chlorés (Dakin ou eau de Javel à 12° ch. diluée à 1/10°) ou alcool à 70° ou polyvidone iodée en solution dermique (contact au moins 15 minutes)

Projection muqueuse :

Rinçage immédiat et prolongé avec une solution NaCl 9 % (sérum physiologique) ou à l'eau

Évaluation des risques infectieux

En liaison avec le médecin responsable du malade source

- profondeur de la blessure ;
- type d'aiguille et de geste en cause ;
- statut sérologique et clinique du malade source.

Proposition d'une prophylaxie antirétrovirale

Pas de prophylaxie

Accord de l'intéressé

Refus de l'intéressé

Risque nul
pas de suivi

Traitement à démarrer au mieux dans les 4 premières heures et avant 48 heures

Conseil médical dans les 2 jours (médecin référent) pour décider de la poursuite ou non du traitement

Quand risque identifié ou impossible à déterminer : suivi sérologique et clinique

(médecin du travail)

- VIH : avant le 8^e jour, 3^e et 6^e mois
- VHB : vérification des anticorps anti-HbS, éventuellement immunoglobulines spécifiques dans les 48 heures, en fonction du risque
- VHC : transaminases + sérologie en fonction du risque

D'après la circulaire ministérielle du 28 octobre 1996 sur les accidents après exposition au sang.

Sida : de la transmission à la prévention

Du la mère
à l'enfant

Par le sexe

Transmission homosexuelle

- Risque principal : sodomie non protégée avec un partenaire séropositif. Risque 3,5 fois plus élevé pour le partenaire passif.

Transmission hétérosexuelle

- Risque principal : pénétration vaginale ou anale (risque supérieur) non protégée avec un partenaire séropositif. Risque en général supérieur pour la femme et pour l'homme pendant les règles.

- Risque statistique lorsqu'un rapport sexuel non protégé avec un partenaire séropositif :
 - pénétration anale : 0,8 à 3,2%
 - pénétration vaginale : 0,05% à 0,15%

Prévention

préservatif + gel aqueux pour chaque rapport.

Par le sang

Usage intraveineux de drogue

- Risque lié au portage de seringue.

Prévention

- Éviter l'utilisation d'héroïne.
- SI impossible, éviter la voie intraveineuse.
- SI impossible, utiliser des seringues neuves à usage unique sans les partager.
- SI impossible, nettoyer la seringue à l'eau de javel et la rincer avant chaque usage.

Pendant la grossesse et lors de l'accouchement

L'actuelle prise en charge thérapeutique (AZT et 3TC notamment) et obstétricale des femmes enceintes séropositives permet de limiter ce risque autour de 8%.

Allaitement

Quelques cas de transmission mère-enfant par le lait maternel ayant été rapportés, l'allaitement est contre-indiqué chez la mère séropositive.

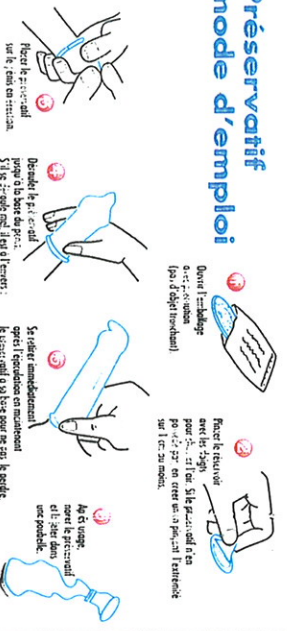
Rapports buccogénitaux

- Risque faible si rapport non protégé avec un partenaire séropositif, le risque augmente si lésion de la bouche ou de la muqueuse génitale.

Prévention

- fellation : préservatif.
- cunnilingus : carré de latex à découper dans un préservatif.

Préservatif mode d'emploi



Figures accidentelles

Risque surtout pour les professions médicales et paramédicales, considéré comme faible : 0,2 à 0,3% après piqure par une aiguille creuse.

Prise en charge
mère-enfant
HIV +

**** La prise en charge de la femme enceinte H.I.V. +**

**** La transmission Materno-fœtale du V.I.H.**

① – Transmission précoce in utéro

② – Contamination fœtale tardive

③ – Contamination postnatale

I – Lors de la grossesse

1) – Patientes asymptomatiques

2) – Patientes symptomatiques :

[a] Premier schéma thérapeutique

[b] Deuxième schéma thérapeutique

[c] Troisième schéma thérapeutique

3) – Traitement au début de la grossesse

II – Lors de l'accouchement

1) – Traitement lors d'accouchement par voie basse

2) – Traitement pour une césarienne

III – Grossesse chez un couple sérodiscordant

IV – Attitude thérapeutique chez le nouveau-né

V – Cas particuliers : l'Afrique et l'Asie

VI – Conclusion

LA PRISE EN CHARGE MÈRE H.I.V. +

Les progrès thérapeutiques ont amené plusieurs améliorations au quotidien :

- une meilleure espérance de vie.
- un plus grand confort des patients.

Ce qui a provoqué une nouvelle approche des patientes et couples hétérosexuels touchés par la maladie.

En effet, les différentes thérapies ont permis de maîtriser en partie la virémie des patientes.

Il s'est alors posé la question d'une grossesse désirée avec tous ses enjeux et conséquences :

- ↪ la transmission mère – enfant
- ↪ l'allaitement
- ↪ la relation sexuelle entre un ou deux partenaires infectés.

Quel avenir pour les enfants ayant des parents séropositifs ?

Peut-on autoriser le risque d'une contamination parent – enfant ?

Pourquoi vouloir des enfants ?

- ◆ Croire en l'avenir malgré la maladie.
- ◆ La thérapie, qui a diminué la Virémie, permet de diminuer le risque de transmission.
- ◆ La meilleure prise en charge.

LA TRANSMISSION MATERNO-FOETALE DU V.I.H.

Avant d'exposer les traitements possibles lors d'une grossesse, il nous faut parler des risques de contamination et des modes de transmission.

La contamination de l'enfant est principalement due à la transmission materno-fœtale. Il est donc important de bien la connaître.

La transmission se fait de trois façons différentes :

① – Transmission précoce in utéro :

Elle a lieu par le placenta.

② – Contamination fœtale tardive :

Elle se produit soit in utéro, soit au moment du passage dans la filière génitale. Elle est due :

- soit aux échanges materno-fœtaux,
- soit par voie ascendante à point de départ cervical,
- soit par contact direct au passage dans les voies génitales.

③ – Contamination postnatale par le lait maternel :

Il est estimé qu'une faible charge virale diminue le risque de contamination.

Voyons maintenant les possibilités de traitements chez les patientes infectées par le V.I.H.

I – LORS DE LA GROSSESSE :

1) – Patientes asymptomatiques :

La femme a plus de 500 lymphocytes CD4 / mm³ et moins de 10 000 copies / ml d'ARN V.I.H. en début de grossesse.

Un traitement par Zidovudine à partir de la 14^{ème} semaine jusqu'à l'accouchement est recommandé en raison du risque tardif de contamination fœtale.

L'efficacité des bithérapies fait l'objet d'études au moment de l'accouchement, ou dès la 32^{ème} semaine de grossesse.

2) – Patientes symptomatiques :

Le nombre de lymphocytes CD4 est inférieur à 500 / mm³, ou le nombre de copies d'ARN V.I.H. plasmatique est supérieur à 10 000 / ml.

Trois schémas thérapeutiques se présentent au praticien, même si les données cliniques, pharmacocinétiques et de pharmacovigilance sur l'action des antirétroviraux lors de la grossesse ne permettent pas actuellement d'établir une stratégie thérapeutique.

Cette thérapie doit être effectuée au cas par cas, en fonction du taux de l'ARN V.I.H. de la mère.

[a] Premier schéma thérapeutique :

Bithérapie associant deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse lorsque la charge virale de la patiente est faible.

Exemple : - AZT et 3TC
 - AZT et DDI

[b] Deuxième schéma thérapeutique :

Trithérapie avec deux inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse et un inhibiteur de protéase, de préférence après le troisième mois de grossesse.

[c] Troisième schéma thérapeutique :

Trithérapie avec trois inhibiteurs nucléosidiques. La combinaison AZT + DDI + 3TC est la seule pour laquelle il existe, en dehors de la grossesse, une expérience, par ailleurs limitée.

3) – Traitement au début de la grossesse :

La patiente reçoit un traitement antirétroviral lorsque débute la grossesse.

Quel que soit le traitement suivi, la surveillance de la charge virale constitue un élément essentiel pour orienter la conduite à tenir.

La présence de zidovudine, ainsi que l'administration d'un inhibiteur de protéase après le troisième mois de grossesse, semble être une base de traitement préventif.

II – LORS DE L'ACCOUCHEMENT :

Il n'a pas été démontré de différence significative en fonction du mode d'accouchement, par voie basse ou par voie haute.

La contamination n'est donc pas diminuée ou augmentée par un mode particulier d'accouchement.

Seulement, une désinfection préalable des voies génitales maternelles par la chlorhexidine ou le chlorure de benzalkonium doit être effectuée.

De plus, il faut éviter une durée prolongée de la rupture des membranes, ainsi que du travail.

1) Traitement pour l'accouchement par voie basse :

↳ Zidovudine à partir du début du travail à la dose de 2 mg / kg pendant une heure, puis 1 mg / kg / heure en dose d'entretien, jusqu'au clampage du cordon.

L'administration est faite par une perfusion intraveineuse.

2) Traitement pour une césarienne :

Le protocole est identique, mais il est débuté 4 heures avant l'intervention.

III – GROSSESSE CHEZ UN COUPLE SÉRODISCORDANT :

Lors d'une grossesse souhaitée dans un couple où l'homme est séropositif, un traitement doit permettre d'obtenir une charge virale la plus faible possible.

Pour les couples sérodiscordants avec une femme non contaminée, il faut bien expliquer qu'au cours de l'acte sexuel, le risque de contamination maternelle est important.

En effet, la séroconversion s'accompagne d'un risque accru de transmission materno-fœtale (50 %).

Il est à noter que dans le cas d'un couple où les deux partenaires sont infectés, se pose le problème des souches V.I.H. contaminantes. Elles peuvent être différentes et amener le problème de surinfection qui est très grave, ainsi que celui des résistances à la thérapeutique ou au traitement.

IV – ATTITUDE THÉRAPEUTIQUE CHEZ LE NOUVEAU-NÉ :

Il convient d'administrer entre la 8^{ème} et 12^{ème} heure (au plus tard 24 h) après la naissance, une solution buvable de zidovudine à 100 mg / 10 ml, à la posologie de 8 mg / kg / j. pendant les six premières semaines de vie de l'enfant.

Si d'emblée, la forme orale n'est pas administrable, il est instauré un traitement intraveineux relayé le plus tôt possible par la forme orale.

Il est interdit d'allaiter pour éviter la contamination, ceci étant applicable dans les pays riches seulement, étant donné le prix des laits artificiels.

V – CAS PARTICULIERS : L'AFRIQUE ET L'ASIE

Présentés à Chicago, lors de la 6^{ème} conférence sur les rétrovirus et les maladies opportunistes, des travaux ont démontré que le risque de la transmission de l'infection par le V.I.H. de la mère à l'enfant pouvait être diminué par un traitement allégé en Afrique.

Actuellement, dans le Tiers-Monde, près de 600 000 nouveau-nés sont porteurs de virus V.I.H.

Chaque année, cette transmission a lieu lors de la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement.

Étude Petra, sous l'Égide d'ONUSIDA

1 500 femmes urbaines : Afrique du Sud
Tanzanie
Ouganda.

Ces femmes ont été réparties en trois groupes, chacun suivant un traitement différent :

AZT + 3TC	de la 36 ^{ème} semaine jusqu'à la 1 ^{ère} semaine après l'accouchement.
AZT + 3TC	durant l'accouchement
Placebo	

« Dans le 1er groupe, le taux de transmission du V.I.H. de la mère à l'enfant a chuté de 50 %.

Nous disposons, d'autre part, de données indiquant que la prise d'antirétroviraux par la mère et l'enfant durant une semaine après l'accouchement, est déterminante » a déclaré le Dr Joseph Saba, responsable de l'essai Petra.

Ces résultats sont encore très préliminaires, mais ils permettront d'établir des recommandations claires et pratiques à destination des pays en voie de développement, en avril ou mai 1999.

D'autres travaux abondent dans ce sens même. Un traitement simple avec AZT seul de la 36^{ème} semaine jusqu'à une semaine après la grossesse et malgré l'allaitement, réduit de 31 % la transmission.

Ces travaux mettent en évidence plusieurs problèmes :

- 1] Le problème d'une prévention et traitement prophylactique allégé montre le clivage économique de la pandémie entre le Tiers-Monde très touché, et les pays riches.
- 2] Aucun traitement ne suit chez les parents. A terme, ces enfants non contaminés de parents infectés vont grossir les rangs des orphelins.
- 3] Sauront-ils mieux prévenir l'épidémie que les parents ?
- 4] De plus, on connaît mal les effets à long terme sur les enfants :
 - Effet mutagène
 - Effet tératogène
 - Effet cancérigène.

Tout ceci démontre, malgré les progrès qui ne peuvent être niés, les limites éthiques et économiques que pose cette infection grave.

Source : *Le MONDE* – Samedi 6 Février 1999
Article écrit par Jean-Yves Nau.

VI – CONCLUSION :

La prévention de la contamination materno-fœtale est un sujet important.

En effet, elle peut être un moyen de réduire le nombre des personnes contaminées. Mais, plusieurs barrières se dressent sur la route préventive.

Premièrement, les moyens financiers dont disposent les pays pauvres, ne permettent qu'une politique préventive amputée. Certes, il est remarquable de réduire la contamination materno-fœtale, mais n'est-ce pas reculer pour mieux sauter, quand on autorise l'allaitement, avec le risque de contamination élevée et à cause de l'absence de lait artificiel dans ces pays ?

Deuxièmement, personne ne peut parler des effets des traitements antirétroviraux sur les embryons.

Les nouveau-nés sont en bonne santé après l'accouchement, mais quelle sera-t-elle dans 10 ou 15 ans ?

La transmission materno-fœtale du V.I.H. est un exemple flagrant des questions éthiques qu'amène le Sida.

Les progrès thérapeutiques sont-ils suffisants pour que l'on prenne des gages sur les générations futures ?

Le risque de contamination est-il correctement maîtrisé pour autoriser une grossesse ?

Quel regard auront sur nous tous ces nouveau-nés qui, pour la plupart, seront orphelins à l'âge adulte ?

Les études exposées à la Conférence de Chicago ont apporté de nouveaux modes de prévention, malheureusement allégés (monothérapie AZT). Pourquoi l'O.M.S. ne donne-t-elle pas des moyens financiers suffisants ?

Certes, l'ardoise est déjà lourde, mais les orphelins et leurs maladies à venir, si elles apparaissent, coûteront peut-être encore plus cher à l'O.M.S.

*Prise en charge
Psychologique
et Sanitaire*

*« Mais, vrai, j'ai trop pleuré ! Les Aubes sont navrantes.
Toute lune est atroce et tout soleil amer :
L'âcre amour m'a gonflé de torpeurs enivrantes.
Ô que ma quille éclate ! Ô que j'aille à la mer ! »*

Rimbaud

Le bateau ivre

Le SIDA :

- L'annonce de la séropositivité
- L'apparition des premiers symptômes
- La maladie elle-même
- Les difficultés d'une telle maladie

Tout ceci implique à tout moment, un soutien psychologique pour y faire face, que ce soit :

- ◆ Un simple accueil, une information (droits sociaux, accès aux soins)
- ◆ Un soutien psychologique (accompagnement en phase terminale)
- ◆ Un hébergement temporaire, un logement.

Ces besoins sont d'autant plus forts que les populations touchées au début de l'épidémie, se sont trouvées en situation d'isolement familial comme les homosexuels, ou social comme les toxicomanes.

Malheureux exemples de services hospitaliers soignant des malades finissant leurs jours dans l'isolement le plus complet.

Les premières réponses ont été apportées par le milieu associatif.

Les associations, créées pour certaines dès 1984, ont voulu apporter un soutien psychologique, social et juridique aux malades et à leurs proches.

Certaines proposent un hébergement, des services à domicile, comme l'Association APARTS.

Elle héberge les patients dans des appartements relais, avant qu'ils retrouvent logement, vie sociale et indépendance.

Ceci s'adresse à des malades en difficulté.

Mais, en premier lieu, elles organisent des permanences téléphoniques, des séances d'information, la diffusion de brochures, de préservatifs.

Sida Info Service : Numéro Vert
0800 840 800



Le milieu associatif joue un rôle de socialisation, en permettant aux personnes touchées de s'exprimer, et un rôle de vigilance.

Un groupe d'associations lyonnaises a fait condamner le Front National à retirer des affiches utilisant le sigle SIDA, dans un but de polémique politique.

Le principal problème que nous rencontrons est l'isolement et la solitude, provoqués par le V.I.H.

En effet, la déclaration de l'infection provoque un énorme dommage psychologique.

Les témoignages montrent que l'affection morale est plus difficile à supporter. La vie d'un patient ressemble à la chronique d'une mort annoncée.

Le traitement contraignant reste une épée de Damoclès :

*Restera-t-il efficace ?
Si je l'arrête, qu'arrivera-t-il ?
La mort ou la délivrance ?*

Une enquête réalisée par AIDES en 1998, montre que 26 % des malades consultent un psychologue.

Pour faire face, ils ont besoin de comprendre, d'être aidés pour vivre avec, et supporter l'isolement qui s'installe.

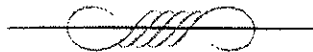
*« Mes amis sont morts, et je suis toujours là ».
« S'ils avaient bénéficié des nouvelles thérapies... »*

Tout comme le cancer, ces maladies lourdes demandent l'instauration d'un soutien psychologique dès l'infection.

Chez le séropositif, ceci se traduit par une angoisse massive qui l'envahit, quelle que soient les défenses (dépressives ou agressives) déployées pour y parer : une douleur psychique intolérable qui a besoin d'être pansée... et pensée.

Vivre avec l'angoisse d'être au fil des jours l'otage d'un virus !

Ce travail, long à expliquer, doit permettre, dans la mesure du possible, d'accepter sa maladie et de se positionner par rapport aux réactions des autres.



Ne pouvant parler à la place d'un psychiatre, je ne citerai que trois témoignages, exemples percutants et révélateurs du soutien à accomplir.

« Je suis depuis peu sous trithérapie. Cela fait un choc, surtout quand on rentre seul de l'hôpital, après être passé à la pharmacie, et qu'on pose son « sac » de médicaments sur la table ».

« Nous avons une tri ou quadrithérapie, mais nous souffrons pour ceux qui nous ont laissés, et pour nous-mêmes ».

« Pour l'instant, je vais bien. Mais si mon état de santé devait se détériorer, je ne suis pas du tout prêt moralement à suivre un traitement. Mon médecin en est informé. J'ai en réserve le remède infallible, le jour où je deviens dépendant, que je ne peux plus faire ma toilette seul, j'ai l'arme qui convient et je l'utiliserai ».

Droit et Sida

** Introduction**

I – Éthique et secret professionnel

II – Respect de la vie professionnelle et privée

A – Vie Professionnelle

B – Vie Privée

III – Droits interindividuels

1) – Le Mariage

2) – Le Divorce

3) – Droits de l'enfant

IV – Droits des biens

V – Conclusion

INTRODUCTION

Comme toute maladie foudroyante et longtemps mal connue, le Sida a soulevé de nombreuses questions, et remis en cause des principes considérés comme acquis.

En effet, le secret médical a été malmené, dans le but d'autoriser ou non, un médecin, à annoncer aux proches d'un malade, sa séropositivité.

Cette brèche aurait ouvert la « boîte » de Pandore pour l'atteinte à la vie privée, au secret professionnel.

Il est donc important de connaître les lois protégeant toute personne contre les injustices que révèlent le Sida, qu'elles soient professionnelles, privées ou portent sur le respect des libertés individuelles.

Même si certains points sembleront à certains plus juridiques que relevant de la Santé, il me paraît judicieux de les mentionner, vu que le Sida touche toutes les couches sociales et intéresse donc tout le Monde.

I – ÉTHIQUE ET SECRET PROFESSIONNEL :

Le secret médical et pharmaceutique a toujours protégé le malade et sa vie privée.

L'atteinte au secret est donc sanctionnée par la Section IV de l'Article 226-13 du nouveau Code Pénal.

« En effet, la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende ».

Pourtant, l'apparition du Sida a porté le doute sur l'intérêt du secret médical. Fallait-il autoriser le médecin à avertir les proches d'un malade de sa séropositivité ?

Le Conseil de l'Ordre a tranché en laissant intact le secret médical.

Autoriser une dérive aurait mis en danger les professionnels de santé. Ces métiers sont fondés sur la confiance ; mais qu'en est-il s'il n'y a plus de secret ?

Le patient reste donc libre de sa décision, la confiance médicale, pharmaceutique et infirmière est renforcée.

II – RESPECT DE LA VIE PROFESSIONNELLE ET PRIVÉE :

A) - VIE PROFESSIONNELLE :

La séropositivité d'une personne ne doit pas être un handicap pour son travail.

En effet, en aucun cas, cela ne peut être un motif de licenciement, ou de refus d'embauche.

Bien sûr, il reste à l'appréciation de chacun d'en avertir son employeur.

Plusieurs lois et affaires sont venues rappeler ce droit fondamental, et protéger le patient face aux injustices.

Avant de développer un cas qui a fait jurisprudence, il est important d'énoncer les articles du Code du Travail, basés sur l'Article 9 du Code Civil, relatif à la protection de la vie privée.

Art. L. 121-6 C Rétabli, (L. n° 92-1446, 31 décembre 1992 , Art. 25-II)

« Les informations demandées, sous quelque forme que ce soit, au candidat ou à un salarié ne peuvent avoir comme finalité que d'apprécier sa capacité à occuper l'emploi proposé ou ses aptitudes professionnelles ».

Ainsi, la séropositivité d'un demandeur d'emploi ne peut, en aucun cas, constituer un refus sauf dans le cas des professions de santé, où il y a acte invasif comme chez un chirurgien.

De plus, l'article L. 122-35 (L. n° 82-689, 4 août 1982 ; L. n° 86-76, 17 janvier 1986, Art. 16) protège les employés du licenciement dû à une divulgation de leur vie privée.

« En effet, le règlement intérieur d'une entreprise, ne peut comporter de dispositions lésant les salariés dans leur emploi ou dans leur travail, en raison de leur sexe, de leurs mœurs, de leur situation de famille, de leurs origines, de leurs opinions ou confessions, ou de leur handicap, à capacité professionnelle égale ».

L'affaire « *Saint Nicolas du Chardonnet* » est un bon exemple du respect de ces lois.

En effet, ce procès a donné lieu à un arrêt important de la Cour de Cassation du 17 avril 1991.

Le salarié avait été licencié par l'association religieuse après avoir révélé son homosexualité et sa séropositivité.

La Cour d'Appel de Paris avait jugé, le 30 mars 1990, le motif recevable, s'appuyant sur l'objet spécifique de l'entreprise qui professe la foi catholique et prohibe l'homosexualité.

L'Avocat Général de la Cour de Cassation s'est appuyé sur l'Article 9 du Code Civil et sur le respect de la vie privée de chacun.

L'homosexualité et la séropositivité du salarié, n'ayant eu aucun retentissement sur l'activité professionnelle et la vie paroissiale, elles appartenaient strictement, jusqu'à l'introduction de l'instance, à sa vie privée.

En conséquence, la seule faute commise l'avait été par l'employeur, qui a révélé la confiance qui lui avait été faite.

La loi du 12 juillet 1990, luttant contre les discriminations, a modifié notamment les termes de l'Article L. 122-45 du Code du Travail, pour y ajouter l'interdiction de licencier ou de sanctionner en raison des mœurs, de l'état de santé ou du handicap.

Aujourd'hui, c'est sur la base de ce texte que l'employeur serait poursuivi, et l'employé protégé à juste titre.

Dorénavant, la vie professionnelle d'une personne séropositive est régie de façon législative.

Mais qu'en est-il de la vie privée ?

B) - VIE PRIVÉE :

Elle doit être principalement protégée contre tout acte de diffamation et de discrimination.

Dans le cadre de la jouissance des droits civils, la protection de la vie privée a fait l'objet de lois, dont principalement, l'Article 9 du Code Civil.

Article 9 (L. n° 70-643, 17 juillet 1970)

*« Chacun a droit au respect de sa vie privée.
Les juges peuvent, sans préjudice de la réparation du dommage subi, prescrire toutes mesures, telles que séquestre, saisie et autres, propres à empêcher ou faire cesser une atteinte à l'intimité de la vie privée ; ces mesures peuvent, s'il y a urgence, être ordonnées en référé ».*

Ainsi, personne ne peut diffamer quiconque, de par son état de santé ou son appartenance sociale, ce qui est primordial dans le cas du Sida, lorsqu'on sait que cette maladie est associée à une punition divine, pour de nombreux religieux.

De plus, les dispositions particulières de la loi sur la Presse (Art. 29, loi du 29 août 1881) protègent les individus du « outing » qui est une pratique américaine, consistant en la dénonciation publique d'homosexuels clandestins, complices de pratiques homophobes.

Ainsi, l'association de lutte contre le Sida, Act-up, a menacé d'utiliser ce procédé contre un député ayant manifesté contre le Pa.C.S. (Pacte Civil de Solidarité).

La loi protégeant la vie privée a permis d'éviter ce « outing » qui ne peut que nuire à la lutte contre l'épidémie, et contre les discriminations envers la communauté homosexuelle.

Il paraît judicieux d'éviter d'entrer dans le jeu des détracteurs qui diffament afin de manipuler les foules.

Ainsi, à Lyon, dans un cas qui ne relevait pas de la discrimination mais de la diffamation, ce sont des associations locales qui ont obtenu la condamnation du Front national pour un affichage, considéré comme attentatoire au respect des malades.

III – DROITS INTERINDIVIDUELS :

Le V.I.H. a aussi amené des problèmes législatifs, dans le cadre du mariage et du divorce.

1) - LE MARIAGE :

Le test V.I.H. n'est pas obligatoire dans le cadre des examens prénuptiaux.

Le Ministère de la Santé conseille seulement d'effectuer un test, mais ceci est laissé à l'appréciation des futurs époux.

2) - LE DIVORCE :

Il n'existe aucune disposition législative spécifique. Seule, l'appréciation du juge permet de trancher les problèmes qui se posent.

La séropositivité ou la maladie peuvent-elles être une raison de divorce ?

Plusieurs cas ont amené cette question :

- atteinte à la sécurité de la famille, risque pour la santé des enfants.
- abandon de relation sexuelle du fait du risque auquel est exposée la personne saine.

Souvent, c'est l'origine de la maladie qui semble être objet de discussion, l'adultère ou la toxicomanie constituant des causes de rupture de mariage.

Au delà du divorce, la séropositivité peut être un obstacle à l'obtention de droits de garde et de visite.

De même que les adultes ont des droits, les enfants sont protégés par les lois.

3) - **DROITS DE L'ENFANT** :

Un mineur peut se faire dépister librement, anonymement et gratuitement.

Par contre, dans le cadre d'un traitement, l'accord des parents ou tuteurs est en principe exigé.

Mais, pour les enfants séropositifs, le principal problème s'est constitué avec leur éducation.

Une Circulaire commune du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Éducation Nationale du 31 mai 1990, a fixé les mesures de prophylaxie à prendre à l'égard des élèves et personnel, en cas de maladies contagieuses, ainsi que les conditions et la durée d'éviction des personnes atteintes.

L'infection à V.I.H. étant une maladie transmissible et non contagieuse, elle est inscrite sur la liste des maladies pour lesquelles il n'y a « pas d'éviction, ni des sujets atteints, ni des sujets au contact ».

Le maintien de l'intégration des enfants séropositifs dans les structures de garde et d'éducation, est le principe retenu, tant que leur état le permet.

En conséquence, l'exclusion du milieu scolaire, la mise à l'écart des enfants séropositifs, dans les classes ou dans les cantines, sont des comportements passibles de sanctions.

IV – DROITS DES BIENS :

« Les lois rencontrent toujours les passions et les préjugés du législateur. Quelquefois, elles passent au travers et s'y teignent ; quelquefois elles y restent, et s'y incorporent ».

Montesquieu - De l'esprit des lois, 2 - liv. XXIX - chap. XIX

Le Sida a décimé de nombreux couples, laissant la personne restante, seule, face aux écueils de la succession, principalement dans le cas des homosexuels.

La maladie a mis en évidence un vide juridique, dans le cadre du concubinage homosexuel. Mais, cette rectification législative a réveillé les préjugés idéologiques et le racisme primaire, comme le Sida à son apparition.

En effet, la communauté hétérosexuelle dispose de lois qui lui permettent d'éviter ces problèmes.

Espérons que les lois à venir dont nous allons parler, nous feront oublier ce trop fameux exemple :

M. X et M. Y vivent ensemble depuis plusieurs années, dans un appartement acheté jadis par M. X.

Celui-ci n'a plus de contact avec sa famille, qui l'a rejeté du fait de son homosexualité.

M. X décède du Sida et, dès sa mort, sa famille fait apposer des scellés sur l'appartement, empêchant M. Y de revenir chez lui, ne serait-ce que pour y reprendre ses affaires.

M. X n'avait pris aucune disposition testamentaire en faveur de M. Y.

Depuis quelques mois, nos députés montent au balcon, et s'étalent à gorge déployée en de longues tirades, à propos du Pacte Civil de Solidarité, qui devrait reconnaître et offrir des droits aux couples homosexuels.

En résumé, le Pa.C.S. recouvre les points principaux comme :

- Déclaration fiscale commune.
- En cas de décès, le survivant devient l'héritier régulier.
- Lors de l'occupation d'un logement commun, le contractant survivant a droit au maintien dans les lieux, et il y a transfert automatique du bail.
- Dans le Code de la Sécurité Sociale, si l'un des conjoints ne peut bénéficier de la qualité d'assuré social à un autre titre, il est considéré comme ayant-droit de son conjoint.

Les mentalités évoluant avec le temps, ces dispositions deviendront logiques et inéluctables, espérons-le.

Le Sida a mis à jour un vide juridique qui demande une nouvelle mentalité, pour être comblé.

Mais, il suffit, me semble-t-il, d'être patient...

L'infection à V.I.H. a donné de l'eau au moulin des discriminations, au début de l'épidémie. Il faut rappeler que l'homosexualité tant incriminée, n'est plus illégale, seulement depuis la loi du 4 août 1982.

Désormais, le principe est, que chacun peut vivre librement sa sexualité, dans le respect de la liberté d'autrui.

V – CONCLUSION :

L'infection à V.I.H., drame médical et sociologique à tout point de vue, a soulevé de nombreuses questions juridiques, auxquelles il faut répondre.

Pouvions-nous autoriser une brèche au secret médical ?

- NON -

Devions-nous permettre une discrimination scolaire, professionnelle, en raison d'une maladie considérée comme punitive au départ ?

- NON -

Dans le cadre des droits interindividuels, trancher semble plus difficile.

Avec le Pa.C.S, il y a une évolution pour la reconnaissance d'une minorité touchée.

Mais, il me semble opportun de rappeler un extrait de la proposition de loi n° 880, AN, enregistrée à la présidence de l'Assemblée, le 21 décembre 1993, p. 2-3, pour conclure ce chapitre :

« Il s'agit de promouvoir une loi d'égalité, applicable à un grand nombre de situations diverses, et non d'édicter des mesures aux seuls couples homosexuels.

L'inégalité juridique que connaissent ces derniers, doit trouver son terme, par le bénéfice de dispositions valables pour tous ».

*Enquête auprès des
pharmacies d'officine*

**** Introduction**

**** Questionnaire**

**** Résultats**

I – Réponses positives

- ① – Venue du patient à un moment particulier de la journée
- ② – Autres traitements
- ③ – Médicaments RSH
- ④ – Réalisation de la délivrance
- ⑤ – Des malades comme les autres
- ⑥ – Conseils
- ⑦ – Un problème d'ordre administratif
- ⑧ – Formation / Information
- ⑨ – Dispensation concluante

II – Réponses négatives

III – Conclusion

- A – Concentration des officines**
- B – Remarques officinales**

INTRODUCTION

Dans le cadre de ma thèse sur la prise en charge du patient atteint de Sida, nous avons réalisé, avec le soutien du Conseil de l'Ordre des Pharmaciens, une enquête pour établir ce qu'il en était de la dispensation en ville des Antirétroviraux depuis un an.

L'enquête a comporté 13 questions simples et ciblées afin de ne pas accaparer le temps des pharmaciens, et de permettre une meilleure analyse des données récoltées.

Enfin, ceci a permis de connaître la situation des officines par rapport à l'hôpital dans le traitement antirétroviral.

Je tiens à remercier tous les pharmaciens pour le temps qu'ils ont consacré à cette enquête et leur précieux concours à ma thèse.

QUESTIONNAIRE

- [1] Avez-vous délivré des Antirétroviraux ?
- [2] Combien avez-vous eu de patients ?
- [3] Ces patients, sont-ils des habitués de votre officine ?
- [4] Viennent-ils à un moment particulier de la journée ?
 - Absence d'autres clients ?
 - Horaire décidé avec le client ?
- [5] Les ordonnances comportaient-elles d'autres traitements ?
- [6] Y avait-il des médicaments réservés à l'usage hospitalier ? Lesquels ?
- [7] Où avez-vous réalisé la délivrance, et pourquoi ?
 - Comptoir
 - Bureau
- [8] Avez-vous dispensé des conseils ? De quel ordre ?
- [9] Avez-vous eu un problème d'ordre administratif comme le remboursement ?
- [10] Les ordonnances des médicaments contre le Sida ont-elles été honorées les mois suivants ?
- [11] Sur les Antirétroviraux, pour dispenser des conseils, pensez-vous être suffisamment :
 - Informés ?
 - Formés ?
- [12] Après un an de dispensation en officine de ville des Antirétroviraux, pensez-vous que celle-ci est concluante ?
- [13] Remarques ?

RÉSULTATS

d'après l'enquête réalisée auprès des pharmaciens et officines sur la délivrance des Antirétroviraux

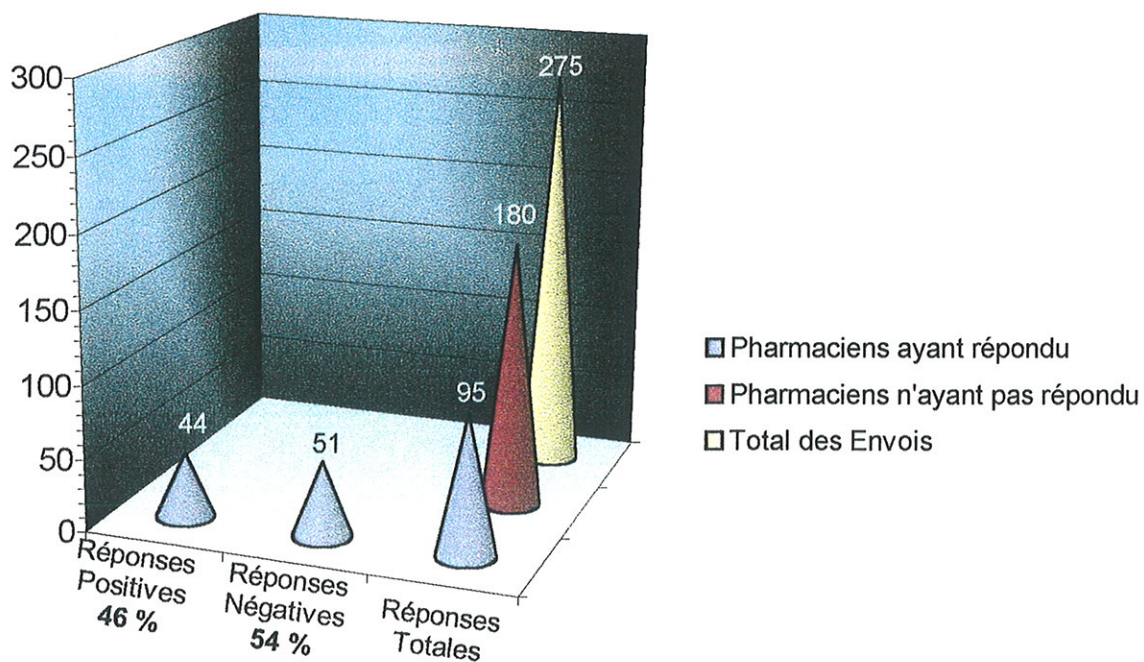
Il a été effectué 275 envois, répartis sur la Haute-Vienne, Brive, Tulle, Ussel, Guéret, Aubusson, La Souterraine, Bourgneuf.

95 pharmaciens ont répondu :

- ↘ 44 réponses étaient positives.
- ↘ 51 réponses étaient négatives.

Cela représente 34.5 % des pharmaciens contactés.

- Soit :
- ↘ 46 % de (oui) réponses affirmatives.
 - ↘ 54 % de (non) réponses négatives.



Cette enquête a couvert 83 patients ayant demandé une délivrance en officine.

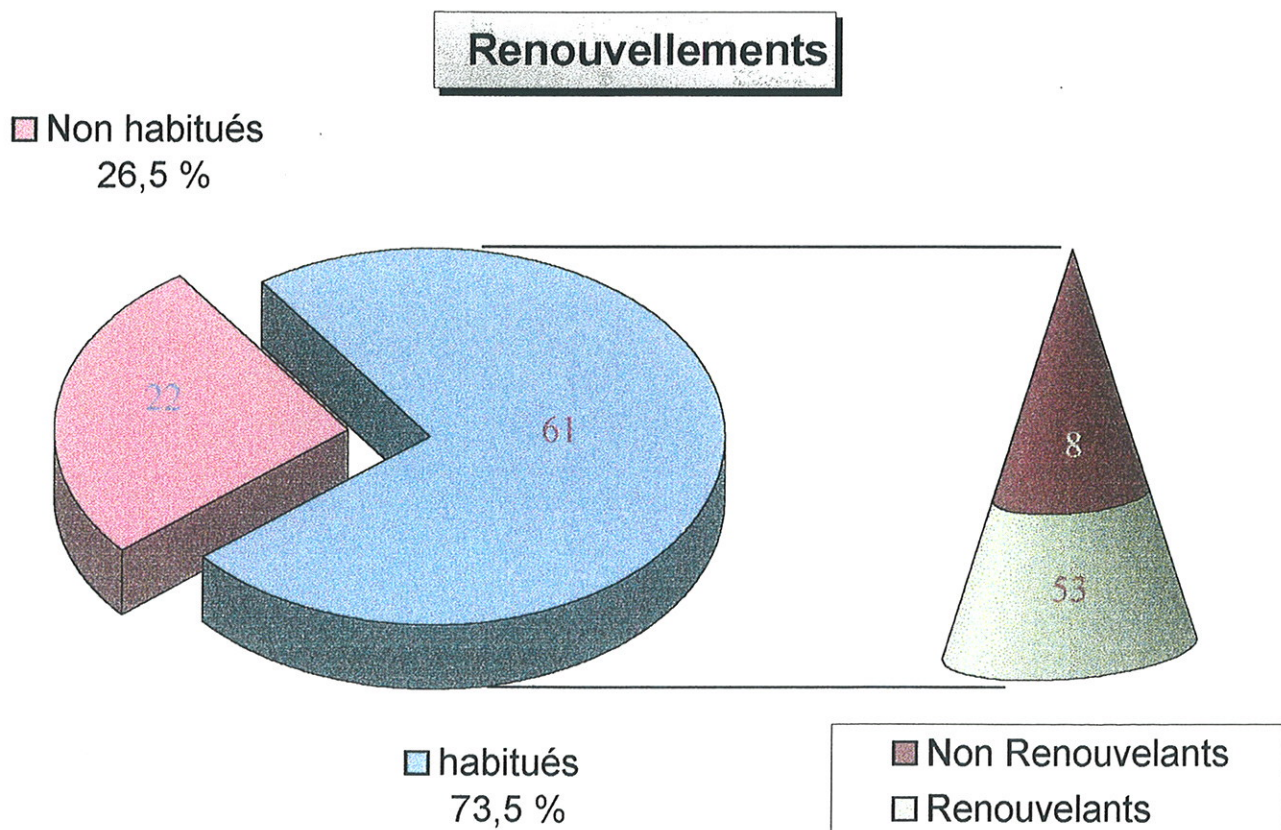
- 61 patients sont des clients habitués de l'officine, soit : 73.5 % des patients entrant dans l'enquête.
- 53 patients habitués ont renouvelé l'ordonnance les mois suivants.
- De plus, un patient est devenu un habitué de l'officine. Donc : 86 % des patients habitués ont effectué un renouvellement.

Ainsi, 65 % des 83 patients ont demandé le renouvellement de la prescription.

Il est aussi à remarquer sur la délivrance, que :

- ↪ dans 7 pharmacies, aucun patient n'était un habitué.
- ↪ dans 42 pharmacies, au moins un patient était un habitué.

Par contre, certains patients habitués ont arrêté les renouvellements à cause des médicaments RSH, provoquant un va et vient entre la ville et le centre hospitalier.



I – RÉPONSES POSITIVES

Ces réponses recouvrent 44 pharmacies de la région limousine.

Analysons les réponses une à une afin d'en ressortir les points marquants.

① – Venue du patient à un moment particulier de la journée :

Il n'y a pas de moment particulier. Seules, deux officines présentent une approche plus spécifique.

Pour la première officine, le client dépose l'ordonnance et repasse la récupérer ultérieurement.

Dans le deuxième cas, selon le désir du patient, il dépose l'ordonnance et le pharmacien apporte les médicaments à domicile.

② – Autres traitements :

28 pharmaciens mentionnent la présence d'autres traitements, dont des traitements antibiotiques.

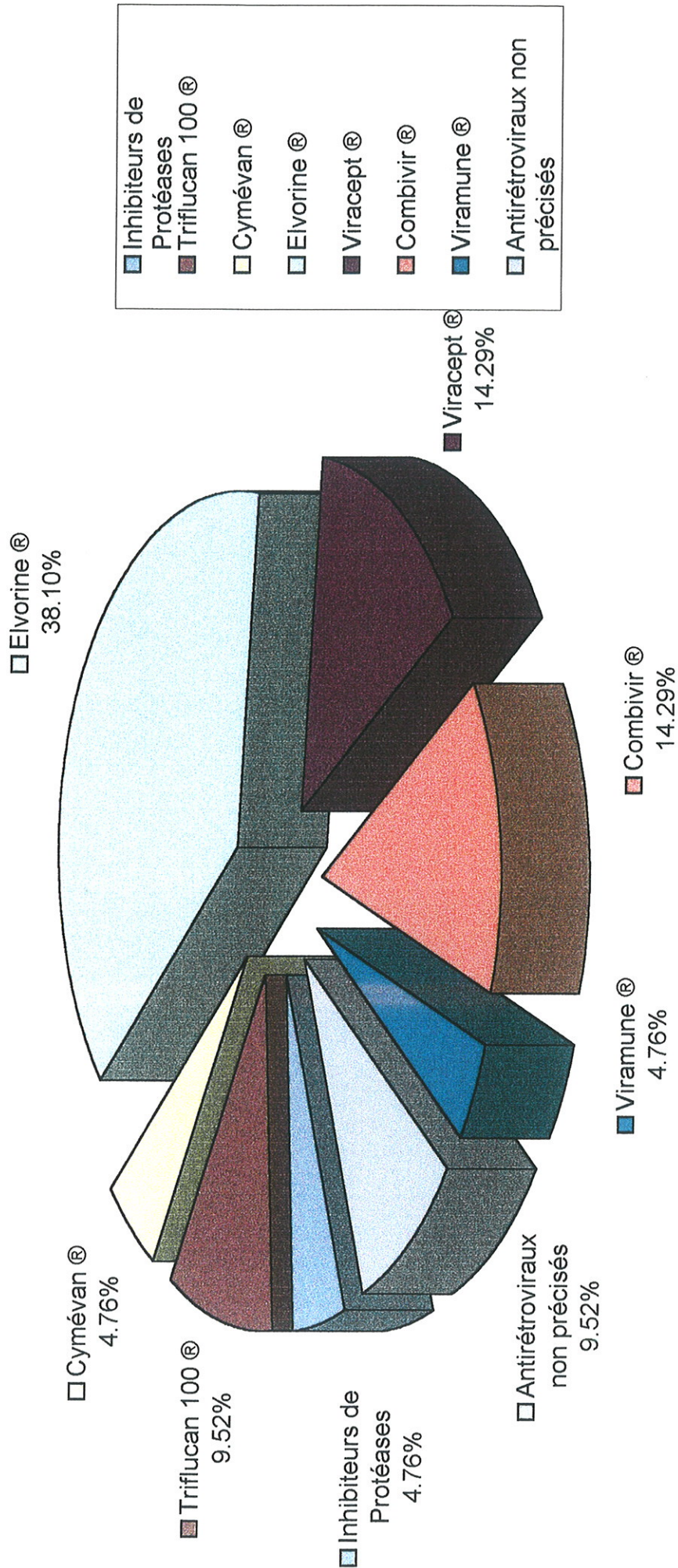
③ – Médicaments RSH :

20 pharmaciens font part de médicaments hospitaliers comme :

- ◆ Inhibiteurs de protéases
- ◆ TRIFLUCAN 100[®] (2 cas)
- ◆ CYMEVAN[®]
- ◆ ELVORINE[®] (8 cas)
- ◆ VIRACEPT[®] (3 cas)
- ◆ COMBIVIR[®] (3 cas)
- ◆ VIRAMUNE[®]
- ◆ Antirétroviraux non précisés (2 cas)

Nous remarquons qu' ELVORINE[®] représente le médicament le plus prescrit parmi les médicaments non délivrés en officine.

Nature des médicaments RSH



④ – Réalisation de la délivrance :

Quatre pharmacies ont pratiqué une délivrance plus spécifique due à la maladie.

La délivrance a lieu dans le bureau du pharmacien.

Pour une pharmacie, celle-ci a lieu de façon systématique, ceci pour plus de discrétion.

Dans les trois autres pharmacies, cette délivrance n'est réalisée que la première fois afin de prendre le temps d'expliquer le traitement, les moments de prise, et ceci en toute tranquillité.

Les délivrances ultérieures ont lieu au comptoir.

Donc pour quarante-trois pharmacies (40 + 3), la délivrance est effectuée au comptoir sans distinction avec les autres patients.

Ils avancent la même confidentialité que les autres patients.

⑤ – Des malades comme les autres :

Parfois, le malade est à l'aise avec son traitement. (Voir paragraphe ④)

Pourtant, la confidentialité est assurée par l'agencement. En effet, les comptoirs sont faits de façon à respecter la confidentialité des malades quels qu'ils soient.

DIXIT UN PHARMACIEN :

« Il faut banaliser la délivrance afin de mettre le patient le plus à l'aise possible : ne pas faire de différence entre lui et les autres clients ».

En conclusion, nous pouvons dire que la délivrance ne nécessite pas de dispositions particulières. Il existe déjà un respect déontologique de confidentialité du patient.

Il faut rendre le patient plus à l'aise vis-à-vis de son traitement.

Nous devons banaliser la maladie, par l'acte officinal et par une meilleure intégration du patient dans la vie de tous les jours (dispensation officinale, approche identique aux autres patients).

Pour le pharmacien, ce sont des malades comme les autres, couverts par le secret pharmaceutique.

Les pharmaciens sont prêts à soutenir le patient dans sa quête de compréhension par autrui.

⑥ – Conseils :

Les principaux conseils apportés étaient au sujet des moments de prise, de l'alimentation, des effets secondaires, l'automédication.

Souvent, le patient est très bien informé sur son traitement. Il reste tout de même ouvert au dialogue, et demande un soutien psychologique.

⑦ – Un problème d'ordre administratif :

Aucun problème n'est mentionné.

Il n'y a qu'une remarque.

«La CPAM met plus longtemps à traiter ces dossiers : manque d'argent ou manque de temps ».

Ceci est repris dans la circulaire DGS/DSS n° 98/754 du 23 décembre 98.

⑧ – Formation / Information :

34 pharmaciens s'estiment correctement informés, soit 78 % des réponses.

21 pharmaciens pensent être suffisamment formés, soit 48 % des réponses.

Un pharmacien mentionne avoir suivi un stage FAFPL.

⑨ – Dispensation concluante :

28 pharmaciens interrogés, après un an de dispensation, estiment l'expérience concluante.

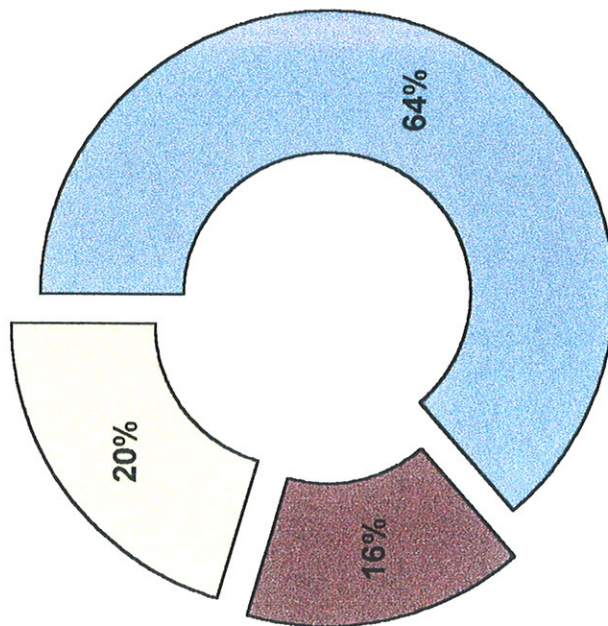
Pour 7 pharmaciens n'ayant eu qu'un cas isolé, ils ne disposent pas de suffisamment de recul pour répondre.

9 pharmaciens ne considèrent pas la dispensation officinale comme satisfaisante.

Remarque : Dans les conseils, un pharmacien note que les familles venant chercher les traitements, sont souvent demandeuses de dialogues et conseils, plus que le patient, souvent bien au courant de son traitement.

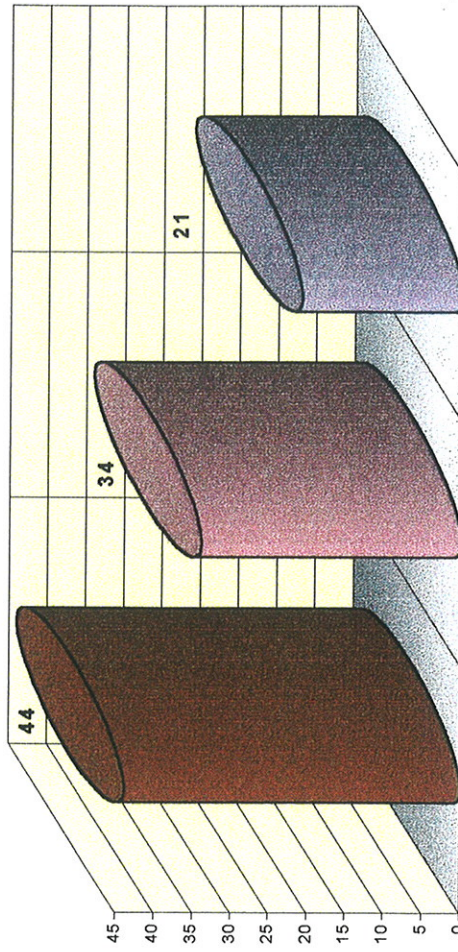
Vécu des Pharmaciens

DISPENSATION



- Dispensation concluante
- Recul insuffisant
- Dispensation non concluante

INFORMATION – FORMATION



Total Réponses Positives

77 %

48 %

II – RÉPONSES NÉGATIVES

51 pharmacies d'officine n'ont eu aucune dispensation.

Ce sont principalement des pharmacies de périphérie ou de campagne.

D'après les précisions données par quelques pharmaciens, il en ressort qu'ils s'estiment :

- ↳ Très bien informés
- ↳ Moyennement formés.

En fait, ils aimeraient que régulièrement une mise à jour soit effectuée, car souvent, la formation n'est suivie qu'une fois, du fait de l'absence de délivrance.

PAR EXEMPLE, UN SYNOPSIS RAPPELANT LES RÈGLES DE DÉLIVRANCE DES ANTIRÉTROVIRAUX, SEMBLE ÊTRE LE DÉSIR DE NOMBREUX PHARMACIENS.

Certains pharmaciens, malgré leurs réponses négatives, mentionnent la situation suivante :

Des patients de leur officine étaient intéressés par la dispensation de leur traitement en officine de ville ; mais, du fait de la double délivrance Hôpital - Officine due aux des médicaments RSH, ils ont continué à prendre la totalité du traitement en Hôpital.

Pour finir, une réponse estime que l'officine de ville n'offre pas les moyens permettant le suivi du traitement (nombreux effets secondaires) et qu'il y a un manque de confidentialité (?)

III – CONCLUSION

Des réponses reçues, il ressort deux traits principaux :

➤ **A – Concentration des Officines :**

La plupart des officines délivrant des Antirétroviraux sont des officines de ville ou périurbaines.

L'officine de campagne n'est pas concernée par cette délivrance.

Cependant, ces officinaux, pour une grande majorité, seraient prêts à accomplir cet acte.

➤ **B – Remarques Officinales :**

Les officines qui ont délivré des Antirétroviraux mettent à jour plusieurs remarques :

↳ les patients demandeurs de leur traitement en officine sont très souvent des habitués.

↳ le maintien de la double délivrance (médicaments RSH) est un frein à l'essor de cette demande officinale.

↳ les pharmaciens délivreurs semblent voir en cet acte, un moyen de valoriser la profession (confidentialité, conseil au patient, écoute).

Malheureusement, il est aussi à noter que certains confrères refusent cette délivrance en raison de la maladie, et pensent que ces malades n'ont leur place que dans un hôpital.

En conclusion, cette dispensation en officine de ville porte ses fruits. Elle apporte aux patients un meilleur confort, avec des horaires plus larges et un plus grand contact humain ; elle perturbe moins le mode de vie du patient.

Mais la double dispensation reste un frein pour certains : aux pharmaciens de prouver qu'ils peuvent entièrement assurer la dispensation en officine de ville, des traitements Antirétroviraux.

Les efforts et la prise de conscience sont là... A nous de continuer à démontrer au ministère de la Santé que nous sommes partie prenante dans la lutte contre le SIDA.

L'AVENIR ?

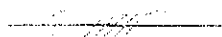
Après cet état des lieux, il est important de dresser les opportunités que nous offre l'Avenir dans la lutte contre le V.I.H.

Bien sûr, la meilleure opportunité reste de nouvelles thérapies alliant meilleure efficacité et effets secondaires amoindris.

Il faut limiter le plus possible le risque d'échappement aux traitements.

Ceux-ci doivent être accompagnés d'une meilleure prise en charge et compréhension par les professionnels de santé.

Ces derniers doivent être suffisamment formés.



Quant au grand public, il doit bénéficier d'une information multiple (différents supports) et simple pour mettre à mal les préjugés.

La dispensation, uniquement officinale, serait le gage d'un meilleur confort de vie pour les patients (Livre : « *Vivre avec le Sida* » - **AIDES 1999**).

Ceci demande sûrement une plus grande implication des pharmaciens, soutenus par une formation continue régulière.

Mais pourquoi ne puis-je que constater l'absence de cours sur la prise en charge du SIDA (moins thérapeutique et plus sociale) à la Faculté ?

Préparer les futures générations de pharmaciens me semble un bon atout pour redorer notre blason et améliorer la compréhension des patients.

Est-il permis d'espérer ...

- que l'affaire du sang contaminé ne se reproduira plus ?
- que les droits des patients seront respectés, améliorés avec l'évolution de la société ?

Mais, il faut surtout éviter la banalisation de la Maladie.

Où sont les nouvelles campagnes de Prévention ?

Je ne parle pas de l'hypothétique vaccin.

Penser que l'intelligence et la générosité de chacun gommeront la désastreuse bêtise environnante et si prégnante :

Est-ce un avenir sans lendemain ? !

*Procès du sang
contaminé*

Ce procès a mis en lumière toutes les difficultés de prévention liées au manque de connaissance lors de l'apparition du SIDA (modes de transmission, moyens d'éradication du virus...).

Pourtant, nous pouvons fortement regretter que les dispositions adéquates n'aient pas été prises à temps.

Ainsi, de nombreuses poches de sang ont continué à circuler, provenant en partie de dons de prisonniers, dont le risque de contamination était élevé.

Regretter l'infection par le V.I.H. de nombreuses personnes est une pitié honteuse.

Qui pourrait le clamer en regardant une victime en face ?

Peut-être des politiciens peu scrupuleux, ou trop ambitieux ?

Je m'intéresserai plus aux faits, laissant à chacun libre cours à ses propres appréciations.

Dans le cadre du traitement de l'hémophilie, et lors d'opérations chirurgicales, de nombreux patients ont été transfusés.

Les poches de sang non « chauffées » à l'époque provenaient de dons bénévoles, comme les centres de détention, et autres.

Après les premiers cas de SIDA, et le risque évoqué de contamination par voie sanguine, des circulaires émanant des ministères, afin de mettre en garde les personnels de santé face aux transfusions sanguines, sont diffusées.

Des notes de rappel s'en suivent avant le 1^{er} Octobre 1985, date à laquelle il est interdit d'utiliser des produits sanguins non « chauffés ».

Jusqu'où sont remontées les informations ? Qui a su la contamination par le V.I.H., lors de l'écoulement des poches contaminées ?

Certes, Monsieur Garretta a été poursuivi en justice, mais n'est-t-il pas que le sommet de l'iceberg ?

**« Responsable, mais pas coupable. »
Qui peut en avoir l'intime conviction ?!**

Qu'en est-il des tests ?

Deux se profilait à l'époque sur le marché :

- Le test Américain Abott
- Le test Français Diagnostic Pasteur

Le procès a mis à jour une guerre financière, et une course au premier test autorisé sur le marché français.

Il paraît difficile de savoir si un test fut prêt avant l'autre, ou si l'État a retardé la mise sur le marché d'un test.

Cependant, il demeure inconcevable que des soupçons soient émis à propos des tests de dépistage, qui sont vitaux.

*Inévitablement, de nombreux patients ont été infectés.
Certes, ils ont été indemnisés.*

Mais, la VIE a-t-elle un prix ?

Le procès des ministres, deuxième volet de l'affaire, a été basé sur seulement sept plaintes. Deux plaignants étaient encore en vie au moment de cette première judiciaire.

Que dire d'autre ?

Deux relaxés et un condamné, mais sans peine.

La France n'a pas été le seul pays à connaître ce crime désastreux.

Chaque État a traité le problème différemment :

En Espagne, très vite, le Ministère de la Santé et les victimes sont arrivés à un accord amiable, reposant sur des indemnisations et des allocations pour les malades, conjoints ou enfants.

Au Japon, l'ancien chef de l'équipe de recherches sur le SIDA au Ministère de la Santé, ainsi que l'ancien chef de la division de biologie, ont été inculpés de négligence professionnelle ayant entraîné la mort.

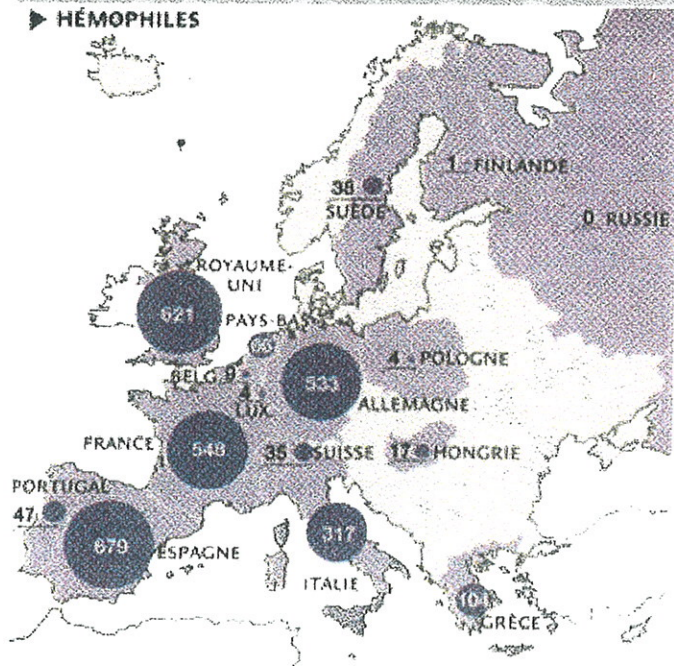
Les victimes ont obtenu la mise en place d'un système d'indemnisation des hémophiles, et une prise en charge par l'État, des soins des malades du SIDA.

Au Canada, en échange des aides financières offertes par Ottawa et les Provinces, les victimes renoncent au droit d'intenter des actions en justice au civil.

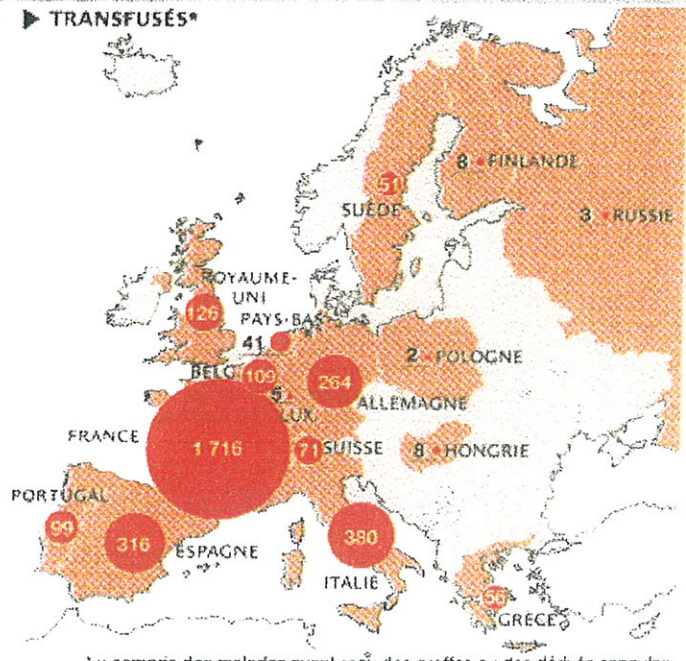
Des centaines de personnes contaminées par transfusion en Europe

NOMBRE DE CAS DE SIDA DÉCLARÉS AU 30 SEPTEMBRE 1998

► HÉMOPHILES



► TRANSFUSÉS*



* y compris des malades ayant reçu des greffes ou des dérivés sanguins

Source : Centre européen pour la surveillance épidémiologique du Sida

Conclure est un art fort scabreux, surtout sur ce sujet.

Il était impossible d'omettre ce procès dans cette thèse, mais je m'en tiendrai uniquement aux actes.

La Démocratie nous octroie l'irremplaçable privilège de la libre pensée.

Que chacun en use à son gré.

*Sans être prétentieux ou utiliser la langue de bois,
j'estime qu'aucun personnel de Santé ou politicien en connaissance de cause,
n'aurait dû permettre un tel génocide.*

Mais, la conscience est le propre de l'homme !

Conclusion

Conclure.

Pouvons-nous conclure à propos d'une telle maladie ?

Je pense que non. La lutte est loin d'être gagnée.
Les progrès ne représentent qu'un petit pas vers l'avenir.

Les thérapies sont plus nombreuses et permettent différentes alternatives et meilleurs traitements.

Mais le confort du patient reste à améliorer : jusqu'à 60 comprimés par jour ! Des horaires à respecter.

Beaucoup attendent des prises médicamenteuses plus simples, une meilleure maîtrise du traitement.

Ainsi, certains parlent de dosages plasmatiques et « d'antirétrovirogrammes » afin de mieux cibler les molécules, la posologie la plus efficace et d'éviter les échappements thérapeutiques et donc les résistances du virus.

Mais, cet avenir moins morbide pose la question :
Puis-je réaliser mon désir d'enfant ?

La transmission materno-fœtale met en lumière deux aspects :
*Peut-on contrôler le risque infectieux d'un bébé
et faire une loterie avec sa santé ?*

Riches ou pauvres, nous n'avons pas les mêmes chances.

Si l'avenir s'éclaircit pour les générations actuelles, il faut préserver celui de celles à venir.

La prévention doit être toujours présente, mais nous devons éviter la banalisation, et le ras le bol qui serait un échec.

Ceci aboutirait à une recrudescence de la maladie dans les pays où une

Cette prévention doit être mise en place de façon systématique auprès des personnels de santé, afin d'éviter les contaminations par exposition professionnelle, ainsi que pour les dons de produits humains, afin de ne pas redécouvrir un scandale sur des produits contaminés.

Il reste encore de nombreux efforts à fournir pour une meilleure compréhension de la maladie qui est le gage d'une plus grande protection des droits des malades, et de l'évolution de ceux-ci.

Pour cela, il faut se donner les moyens d'un plus grand soutien, qu'il soit psychologique pour les malades, ou financier pour les recherches, en conservant nos professeurs...

Mais, nous devons aussi affronter la réalité. Les pays pauvres, faute d'argent, paient par millions de vies. Pourquoi ne pas les aider correctement, au lieu de proposer des traitements allégés.

*Le Virus du Sida est responsable d'une maladie,
mais révélateur de nombreux maux de notre société.*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

INFECTION – TRANSMISSION

- * **BORREL Thierry** : *Les Virus,*
(*Diversité et Organisation du monde viral – Interactions avec le vivant*)
Nathan Université – 1996 - p 27, 66
- * **CASSUTO J.P. / PESCE A.** : *Sida et infection par le VIH*
3^{ème} Édition, Abrégés MASSON – 1996 – p 23 – 44

TRAITEMENTS

- * **Agence du Médicament, Antirétroviraux :**
Prescription, dispensation et prise en charge
Octobre 1997 – p 4
- * **L'Annuel du Médicament 1999 :**
Actualités pharmaceutiques N° 372 BIS
Février 1999 – p 66,67,69 – 73
- * **DARIOSECQ Jean-Michel / GIRARD Pierre-Marie :**
Infection VIH,
Mémento thérapeutique 1998
- * **La lettre de la FNCLS :**
(*Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Sida*)
N° 5 – Avril 1998 – p 3 – 4
- * **RENON CARRON F. / JAVERLIAT M. :**
Bonnes pratiques d'utilisation des antirétroviraux
Actualités pharmaceutiques N° 373
Mars 1999 – p 16 – 18

LE SARCOMME DE KAPOSI

- * **CASSUTO J.P. / PESCE A. / QUARANTA J.F. :**
Sida et infection par le VIH
3^{ème} Édition Abrégés MASSON – 1996 – p 116 – 125
- * **Dossiers du Praticien :** *Guide Sida 1997* – p 70 – 72

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

PRISE EN CHARGE MÈRE-ENFANT HIV +

- * **CIRARU VIGNERON N. :**
Femme enceinte infectée par le V.I.H. : la décision médicale.
Presse médicale 1996, 25, 18, p 847 – 852.
- * **NAU Jean-Yves :**
Aujourd'hui – Sciences,
Le Monde – 06.02.99 – p. 24
- * **Le V.I.H. en pratique :**
La transmission materno-fœtale du V.I.H. en 10 questions,
Glaxo Wellcome 1998

DROIT ET SIDA

- * **AIDES : Droit et Sida,** Guide Juridique
- * *Article 9* du Code Civil
- * *Article 226-13* du nouveau Code Pénal
- * *Proposition de loi, relative au Pacte Civil de Solidarité*

PROCÈS DU SANG CONTAMINE

- * **Rédaction du Monde :**
« Le Procès du sang contaminé : la relaxe et la peine ».
Les dossiers du Monde – Mars 1999

Table des Matières

<i>Infection – Transmission</i>	<i>8</i>
<i>Traitements</i>	<i>15</i>
<i>Le Sarcome de Kaposi</i>	<i>30</i>
<i>Prévention</i>	<i>39</i>
<i>Prise en charge Mère-Enfant H.I.V. +</i>	<i>49</i>
<i>Prise en charge psychologique et sanitaire</i>	<i>61</i>
<i>Droit et Sida</i>	<i>66</i>
<i>Enquête auprès des pharmaciens d'officine</i>	<i>78</i>
<i>L'Avenir ?</i>	<i>91</i>
<i>Procès du sang contaminé</i>	<i>94</i>
<i>Conclusion</i>	<i>99</i>
<i>Références bibliographiques</i>	<i>102</i>

BON A IMPRIMER N° 330

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT ATTEINT DE SIDA : LES ASPECTS OUBLIÉS

104 pages

THESE DE PHARMACIE : LIMOGES, 1999

RESUME :

Le Sida, dernière pandémie du siècle, est principalement connu à travers son mode d'infection (sexuel ou sanguin), ses traitements (tri ou quadrithérapie).

La connaissance du VIH est à la base des différentes familles d'antirétroviraux, spécifiques d'un site du virus.

Cette pandémie a recouvert des aspects sociaux, économiques, politiques et judiciaires, ceux-ci étant tous aussi importants que la thérapie ou l'infection.

Après un rappel sur le virus, et les dernières molécules disponibles sur le marché, il sera abordé les aspects oubliés.

La Maladie de Kaposi, une des premières maladies liées au Sida, est encore mal connue. Pourtant, son apparition précoce dans les années 80 a évolué vers des formes complexes actuelles dans la fin de vie des patients.

Afin d'enrayer l'infection par le VIH, les associations et les pouvoirs publics se sont appuyés sur la prévention, réalisée sous la forme d'une large diffusion d'informations, une distribution de préservatifs, journée SIDACTION.

Mais les progrès n'ont pas tout résolu.

Le soutien psychologique reste le parent pauvre. De nombreux patients souffrent de solitude, de l'incompréhension des autres, du fait de ne pouvoir en parler.

Quant à la transmission mère-enfant, comment l'enrayer alors que l'allaitement, source de contamination, est vital dans les pays pauvres ? Est-il possible de permettre la conception d'un bébé en contrôlant médicalement le risque de transmission chez des parents séropositifs ?

Cette année, le Sida a touché le monde politique et judiciaire.

Le procès du sang contaminé a montré toutes les difficultés qu'ont amené le VIH lors de son apparition : le manque de connaissances, sa propagation rapide.

Depuis un an, certains antirétroviraux sont disponibles en officine. L'enquête réalisée auprès des pharmaciens a montré que la double dispensation reste un frein pour les patients, prêts, tout comme les pharmaciens, à la seule dispensation en ville.

L'Avenir reste plein de questions mais riche d'espoir.

MOTS-CLES :

- SIDA
- MALADIE DE KAPOSI
- PREVENTION
- SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE
- TRANSMISSION MATERNO-FŒTALE
- PHARMACIENS D'OFFICINE

JURY :

Président :

M. le Professeur Jacques BUXERAUD

Juges :

M. Jean-François LAGORCE

Mme Voa RATSIMBAZAFY

Membre invité :

M. Bernard LAVAUD