

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

SECRETARIAT D'ETAT CHARGÉ DE LA SANTÉ

*Direction générale de la santé*  
Sous-direction de la prévention générale  
et de l'environnement  
Bureau 1 C  
Sous-direction de la maternité,  
de l'enfance  
et des actions spécifiques de santé  
Bureau 2 D

**CIRCULAIRE DGS/713/1 C/2 D DU 18 JUILLET 1985**  
**relative à l'information sur le SIDA dans les institutions**  
**et services de prises en charge des toxicomanes**

(Non parue au *Journal officiel*)

*Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale,  
porte-parole du Gouvernement, à Messieurs les commissaires  
de la République (directions départementales des affaires  
sanitaires et sociales).*

Vous trouverez ci-joint copie d'une note d'information sur le SIDA adressée par le président de la mission interministérielle de lutte contre les toxicomanies à l'ensemble des structures sanitaires ou médico-sociales de prévention ou de prise en charge des toxicomanies.

J'appelle votre attention sur l'intérêt qui s'attache à ce que l'information la plus objective sur cette question soit apportée à toutes les équipes d'intervenants en toxicomanie afin de leur permettre de répondre avec le maximum d'efficacité et sans inquiétude superflue aux problèmes qu'ils ne manqueront pas de rencontrer sur cette question.

Je vous saurais gré de bien vouloir vous tenir à leur disposition en leur communiquant le nom du médecin inspecteur de votre département susceptible de leur apporter l'aide et l'information dont ils pourront avoir besoin en cas de situation concrète, lui-même pouvant entrer si besoin en relation avec mes services et notamment le docteur Vinas, bureau 2 D (alcoolisme, toxicomanie, tél. : 765-25-36).

Vous voudrez bien tenir informé ce bureau de façon précise de tous problèmes de SIDA dont vous pourriez être saisi dans le milieu de la toxicomanie.

Pour le ministre et par délégation :  
Pour le directeur général de la santé :  
*Le chef de service,*  
G. LAROQUE

---

PREMIER MINISTRE

*Mission interministérielle  
de lutte contre la toxicomanie*

Le président,  
Jean-Claude Karsenty

Madame, Monsieur,

L'actualité de ces derniers mois attire notre attention sur le SIDA.

Cette maladie pose un réel problème de santé publique. Cependant l'information qui en est faite se révèle incomplète et mal adaptée à la réalité et, en particulier, à celle que vivent les soignants au contact des toxicomanes.

Aussi, la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie a-t-elle décidé d'envoyer une note d'information à toutes les équipes d'intervenants en toxicomanie afin de leur fournir le résumé des connaissances actuelles sur le SIDA et l'éventail des mesures à prendre en matière d'hygiène, de prophylaxie dans les lieux d'hébergement et les centres de soins pour toxicomanes.

La mission interministérielle de la lutte contre la toxicomanie n'insistera pas sur le rôle fondamental des thérapeutes en matière d'information auprès des toxicomanes qui constituent un groupe à risque en matière de SIDA.

Elle se tient à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments distingués.

J.-C. KARSENTY

---

## NOTE D'INFORMATION DESTINÉE AUX INTERVENANTS DES CENTRES DE SOINS POUR TOXICOMANES

### Le SIDA

#### *Rappel bref de ce qu'est la maladie*

Le SIDA devient préoccupant en France.

Certes, le nombre de cas est très modeste (350 cas environ actuellement), mais il augmente, en particulier dans certains groupes sociaux.

A titre d'information, on estime à 11 000 le nombre de cas de SIDA aux Etats-Unis en avril 1985.

Dans l'idée du grand public, et même de beaucoup de médecins, le SIDA reste en France l'apanage des homosexuels.

L'exemple américain a montré que les toxicomanes constituaient également une population à risque. Il semblait jusqu'à maintenant que ce n'était pas le cas en France : des études très récentes montrent au contraire que le virus du SIDA se répand actuellement dans ce milieu.

#### *Le virus du SIDA*

Le SIDA est lié directement à l'infection par un virus de la famille des rétrovirus : le virus LAV isolé par une équipe de l'institut Pasteur ou HTLV III isolé par une équipe américaine ; ces deux virus n'en sont en fait qu'un seul (virus LAV/HTLV III).

#### *Mode de transmission, épidémiologie*

Le virus se transmet :

- par le sang : passage à un sujet sain de sang contaminé, par la transfusion sanguine ou le partage de seringues contenant du sang (chez les toxicomanes) ;
- par voie sexuelle : la population principalement touchée, les homosexuels masculins, n'est pas la seule atteinte, et la contagion est tout à fait possible entre hommes et femmes, et également d'une mère à son enfant pendant la grossesse.

Dans les pays d'Afrique où le virus est plus répandu qu'en Europe dans la population générale, le SIDA touche indifféremment hommes et femmes.

Il faut noter que le virus ne survit pas dans l'air ambiant et ne pénètre pas la peau saine. Il n'existe donc pas de contagion par voie non sanguine et non sexuelle. Les contacts de la vie de tous les jours ne présentent aucun danger, dans l'état actuel de nos connaissances.

### *Rappel clinique*

L'infection par le virus LAV/HTLV III peut se traduire de différentes façons :

1° Le SIDA est l'expression la plus grave ; elle est peu fréquente : 5 à 15 p. 100 (selon les différentes estimations) des patients porteurs du virus ont ou auront le SIDA.

Le SIDA est lié à l'atteinte des lymphocytes T 4 par le virus, entraînant un déficit immunitaire profond, responsable *d'infections opportunistes* (pneumocystose, toxoplasmose, candidose digestive...). Certains malades présentent également, ou uniquement, des lésions de *sarcome de Kaposi* (prolifération vasculaire maligne atteignant la peau et différents viscères).

La maladie constituée met le plus souvent en jeu le pronostic vital après un à trois ans d'évolution.

Sur le plan thérapeutique, il est possible de traiter au fur et à mesure les différentes infections opportunistes, mais il n'existe actuellement aucun traitement du SIDA lui-même.

Par ailleurs, sont à l'essai des traitements spécifiques contre le virus LAV/HTLV III. Aucun de ces traitements n'a encore fait la preuve de son efficacité, et leur utilisation reste du domaine de la recherche.

2° Plus souvent l'infection par le virus se traduit seulement par un ensemble de manifestations plus ou moins groupées entre elles : adénopathies périphériques persistantes, fièvre et diarrhée intermittentes au long cours, amaigrissement,...

Cet ensemble de symptômes, souvent modérés, a été artificiellement dénommé A.R.C. (*Aids Related Complex*), ou improprement pré-SIDA.

A ce stade, où la maladie ne présente en général pas de caractère de gravité, il est impossible de prédire l'évolution. Un grand nombre de ces patients sont suivis depuis plusieurs années et n'évoluent pas vers le SIDA, tandis qu'une proportion d'environ 10 p. 100 développent le SIDA.

Le terme de pré-SIDA souvent employé est donc impropre et ne recouvre pas la réalité de cette forme clinique de l'infection.

3° Enfin, un très grand nombre de sujets des populations à risque sont *porteurs sains* du virus : ils n'ont aucune manifestation clinique, mais ont en eux le virus à l'état latent ; certains d'entre eux développeront le SIDA, sans doute, sans que l'on puisse prédire lesquels, mais la plupart sont probablement contagieux et peuvent contribuer à la propagation de l'épidémie.

### *Les moyens du diagnostic*

Au stade de SIDA, le problème diagnostique est aisément résolu et le patient est toujours pris en charge par une équipe hospitalière spécialisée.

Devant des manifestations cliniques évocatrices de SIDA ou d'A.R.C., les patients doivent être pris en charge par une équipe spécialisée, en particulier pour la réalisation des examens virologiques (la recherche d'anticorps dirigés contre le virus LAV).

Quant à l'étude des populations lymphocytes, on l'effectue chez des sujets reconnus séropositifs. La baisse du nombre des lymphocytes circulants, et surtout de la population des lymphocytes T4, semble être un facteur de mauvais pronostic, mais on ne peut en faire un élément prédictif.

### *Que faire en pratique ?*

1° *Les toxicomanes sont des sujets à risque, ils doivent être avertis de la manière dont la maladie se propage :*

- partage des seringues ;
- rapport sexuel (l'utilisation régulière de préservatifs peut réduire la transmission).

2° *Il n'est pas réalisable, ni même souhaitable, de proposer dans l'immédiat à tous les toxicomanes la recherche d'anticorps à titre systématique.*

En revanche, l'existence de symptômes évocateurs doit faire adresser le patient à une consultation en milieu hospitalier.

3° *Pour les sujets séropositifs :*

Les porteurs sains feront l'objet d'une simple surveillance médicale espacée (consultation hospitalière ou médecin traitant).

Les sujets présentant les symptômes décrits précédemment seront pris en charge en milieu hospitalier.

4° *Précautions concernant le personnel des centres :*

Aucune précaution particulière n'est nécessaire dans le cas des contacts usuels en dehors d'une hygiène normale.

Dans des cas particuliers, lors de la réalisation de gestes tels que prises de sang, prélèvements divers, soins corporels, le personnel revêtira une blouse spéciale et des gants à usage unique. Il fera tout pour éviter les piqûres accidentelles avec des aiguilles souillées.

*En définitive, les précautions à prendre ne diffèrent pas fondamentalement de celles qui concernent la protection contre le virus de l'hépatite B, bien que le SIDA soit beaucoup moins contagieux que cette dernière maladie.*

Par ailleurs on dispose d'antiseptiques simples efficaces pour détruire le virus (matériel infirmier susceptible d'être contaminé, objets, vaisselle, sol...) :

- eau de Javel à 12 p. 100 ;
- glutaraldéhyde.

En ce qui concerne *l'hébergement* dans les centres, il n'est donc pas nécessaire d'isoler en chambre seule les sujets séropositifs.

### **Conclusion**

1° Le SIDA est une maladie mettant le plus souvent en jeu le pronostic vital mais c'est la forme la moins fréquente de l'infection par le virus LAV. Le dépistage systématique (par la recherche d'anticorps) n'est pas recommandé.

2° Les signes d'appel (adénopathies disséminées, fièvre, altération de l'état général) doivent évidemment donner lieu à une consultation

3° En cas de SIDA déclaré, les patients doivent être suivis dans des services médicaux spécialisés.

4° Les sujets porteurs sains ne relèvent que d'un suivi médical régulier. Certains d'entre eux développeront *peut-être* le SIDA, mais aucun élément n'a de valeur prédictive.

5° Il n'y a *pas de contre-indication* à ce que les sujets porteurs sains soient accueillis dans les centres d'hébergement et les collectivités ; des mesures d'hygiène élémentaires doivent alors être appliquées.

6° *Aucun* personnel en contact avec les toxicomanes ne présente à ce jour de signe clinique ou biologique évocateur de SIDA. Une étude réalisée aux Etats-Unis portant sur le suivi de membres du personnel hospitalier victimes d'accident du travail en soignant des malades atteints de SIDA a montré qu'aucune de ces personnes n'avait fait de séroconversion. Il est extrêmement probable que la contamination nécessite un passage *important* de cellules contaminées (sperme ou sang).

\*  
\* \*

#### *En quoi consiste le test sérologique anti-LAV*

1° C'est un test qui recherche dans le sang des anticorps spécifiques qui sont le témoin de l'infection par le virus LAV.

La positivité du test ne signifie pas que le sujet est atteint du SIDA, ni même qu'il le deviendra à coup sûr. En effet, seuls 5 à 10 p. 100 des sujets infectés deviennent ultérieurement malades. En revanche, les études actuellement menées montrent qu'une proportion importante des sujets porteurs d'anticorps restent infectés par le virus, et donc qu'ils peuvent transmettre l'infection par le biais de rapports sexuels ou de transfusion de sang.

2° D'autres tests actuellement encore au niveau de la recherche pourront apporter des précisions sur la signification de la présence de ces anticorps.

\*  
\* \*

#### **Lexique**

Adénopathie .....	Ganglion.
A.D.N. (acide désoxyribonucléique).....	Support de l'hérédité de la majorité des êtres vivants.
Candidose.....	Maladie due à un champignon appelé <i>Candida albicans</i> .
Lymphocyte.....	Cellule sanguine participant à la défense de l'organisme contre les infections provenant de micro-organismes étrangers. (Une sous-classe de lymphocytes appelés T4 est la cible du virus LAV).

Pneumocystose.....	Maladie infectieuse pulmonaire due à un parasite, appelé <i>Pneumocystis carinii</i> (cette infection est dite opportuniste, dans la mesure où le parasite profite du déficit immunitaire du patient).
Porteur sain.....	Patient présentant les stigmates biologiques d'une maladie infectieuse sans en posséder l'expression clinique, c'est-à-dire décelable à l'examen par le médecin.
Rétrovirus.....	Virus dont le patrimoine génétique est constitué d'A.R.N. et non pas d'A.D.N. (A.R.N. = acide ribonucléique).
Système immunitaire.....	Ensemble des structures biologiques de l'organisme participant en particulier à la défense contre les infections microbiennes ou virales.
Toxoplasmose.....	Maladie infectieuse parasitaire habituellement bénigne chez le sujet sain dont les défenses immunitaires sont normales.
Virus LAV/HTLV III.....	Agent causal du SIDA, se répliquant spécifiquement, c'est-à-dire infectant en se multipliant les lymphocytes T4, sous-classe des lymphocytes. L'action du virus LAV entraîne une immunodéficience sévère et donc la survenue de maladies dites opportunistes car elles profitent de la faiblesse des défenses du sujet atteint du SIDA.

\*  
\* \*

### Bibliographie

- Groupe de travail français sur le SIDA : SIDA et syndromes apparentés. *Concours médical*, 9, 1984.
- Leibowitch (J.) : Un virus étrange venu d'ailleurs. Paris, Grasset, 1984.
- Mellinger (M.), de Beauchamp (O.), Gallien (C.), Ingold (R.) et Taboada (M.-J.) : Approche épidémiologique et clinique des candidoses profondes à *Candida albicans* chez les héroïnomanes de la région parisienne : analyse de trente-cinq observations. *Bulletins des stupéfiants*, vol. XXXIV, nos 3 et 4, 1982.
- Montagnier (L.), Brunet (J.-B.) et Klatzmann (D.) : Le SIDA et son virus, *La Recherche*, Paris, juin 1985, n° 167, pages 750-760.
- Rozenbaum (W.), Seux (D.) et Kouchner (A.) : SIDA : réalités et fantasmes. P.O.L., 1984.
- Zittoun (R.) : Syndrome immuno-déficitaire acquis. Paris, Doin éditeur, 1985, 188 p.