

DOUZIÈME RENCONTRE DU CRIPS

→ **Les infirmières face au risque de transmission du VIH : résistances, enjeux et pratiques**

"C'était un lundi matin, comme souvent un peu chargé en soins et en prélèvements, et je me dépêchais. Je m'occupais d'un malade atteint de sida auquel je devais pratiquer une hémoculture et un dosage d'antibiotique dans le sang. Ces prélèvements successifs, je le savais, inquiétaient le patient. Je n'avais pas pris de chariot -leur nombre est insuffisant dans le service- ni de boîte à aiguilles - les boîtes grand format dont nous disposions sont impossibles à transporter sur un plateau.

Le prélèvement effectué, j'ai posé l'aiguille bien en vue sur une compresse pour la jeter plus tard au poste de soins. Tout en rangeant ainsi mon matériel, j'expliquais au patient pour le rassurer, le deuxième prélèvement que je viendrai faire une heure plus tard. Je le regardais au lieu de regarder mon plateau et je me suis piquée.[...]

Une heure après, je devais effectuer le deuxième prélèvement, je suis retournée auprès du malade. Nous n'en avons pas parlé mais je savais qu'il savait."

Ce témoignage de Sophie BURIN, infirmière au service des maladies infectieuses de l'hôpital Saint-Louis, est une illustration de l'attitude de l'infirmière face au risque de transmission du VIH car Sophie Burin conclut :

"je connais le risque et les précautions à prendre, pourtant je ne les applique pas toujours ; dans cet accident, je sais parfaitement décliner les erreurs successives".

Infirmières et surveillantes ont témoigné, lors de la douzième rencontre du CRIPS *, sur les circonstances des accidents ; elles ont évoqué leur angoisse face au risque de contamination, leurs attentes quant à un soutien psychologique, leurs besoins d'information et de formation. (1)


Dominique Abiteboul et Elisabeth Bouvet du GERES (2) ont présenté les données actuelles sur le risque professionnel et les perspectives pour sa prévention. France Lert, chercheur à l'INSERM, a fait part de ses recherches sur les conditions de travail et de santé du personnel soignant.

Le débat était animé par Patricia Corphie.

* le 18 juin 1992

les rencontres du CRIPS sont organisées avec le soutien de la Direction Générale de la Santé

CRIPS

Centre
Régional 
d'Information
et de Prévention
du Sida

192 rue Lecourbe
75015 Paris
tél 1 - 53 68 88 88
fax 1 - 53 68 88 89



LIBRERIE BRALIVE PRATIQUE
PREFECTURE D'ILE DE FRANCE

ouvert du
mardi au vendredi
de 13h à 20h et
le samedi
de 10h à 17h

L'infection à VIH chez les professionnels de santé

Une cinquantaine de cas de séroconversion professionnelle ont été publiés dans le monde, dans les pays industrialisés.

En France, un recensement exhaustif des cas d'infection professionnelle par le VIH a été réalisé (3).

Au 31 mars 1992, le nombre total d'infections à VIH professionnelles s'élève à 28. Huit répondent à tous les critères des séroconversions professionnelles prouvées c'est-à-dire survenues après un accident auprès d'un patient infecté par le VIH avec sérologie négative au moment de l'accident, se positivant entre la sixième semaine et le sixième mois, sans qu'aucun autre facteur de risque ne soit retrouvé.

La totalité des accidents sont survenus chez des infirmières, au contact de patients au stade sida pour 75% des cas.

Il s'agit essentiellement de piqûres qui surviennent le plus souvent lors de prélèvements veineux.

Les symptômes de primo-infection sont quasi constants et apparaissent entre 2 et 8 semaines après l'accident. Les délais de séroconversion sont en moyenne de 2 à 3 mois.

Elisabeth Bouvet ajoute que, si l'on considère comme évitables tous les accidents dont la survenue est liée au non respect des précautions universelles, le taux global d'évitabilité atteint près de 50%.

Le risque de transmission

Des études prospectives après exposition professionnelle permettent une appréciation quantitative du risque.

Aux Etats-Unis, au cours d'une étude portant sur plus de mille cas d'exposition parentérale ou cutanéomuqueuse, 4 séroconversions ont été observées (5).

Le risque d'infection après piqûre avec du matériel contaminé par le VIH est estimé à 0,4%.

La grande majorité des cas de contamination sont secondaires à une piqûre avec une aiguille creuse contenant du sang : aiguille de prélèvement veineux ou artériel, aiguille de perfusion.

Les piqûres par une aiguille de suture et à travers des gants sont nettement moins à risque.

Il n'y a aujourd'hui aucun cas de contamination par piqûre dans le cadre d'une injection sous-cutanée ou intramusculaire.

RIPS De l'accident...

Les circonstances de l'accident professionnel

Les conditions de survenue des accidents exposant au sang ont été étudiées par le GERES (4) à travers une enquête menée dans 17 hôpitaux pendant un an.

Globalement, l'incidence des accidents est de 0,04 accident par infirmière et par mois.

Elisabeth Bouvet explique que les accidents les plus fréquents sont les piqûres (73%) survenues lors de prélèvements (45%), de pose ou de dépose de perfusion (23%), d'injection (15%).

La majorité des accidents surviennent au lit du malade.

Sophie Burin cite la précipitation comme l'une des circonstances de la survenue de l'accident. Nathalie Truchet, infirmière à l'hôpital Cochin, explique qu'elle s'est piquée un week-end férié alors qu'elle se dépêchait de finir ses soins pour aller aider son collègue de garde à prendre en charge une urgence.

L'enquête confirme cette donnée : une ambiance précipitée et un contexte d'urgence sont dans 50 % des cas cités par les infirmières comme circonstances favorisant l'accident.

...à sa prise en charge

Tous les témoignages montrent que l'accident professionnel est une expérience particulièrement difficile.

France Lert souligne combien l'engagement de l'infirmière dans les soins et la relation avec le malade est grand ; cependant, pas au point de mettre en jeu sa propre vie.

"Même si mon souhait est de soigner les patients, je n'ai pas envie de payer ça de ma vie" dit Nathalie Truchet. De même, Sophie Burin n'envisage pas "de passer de l'autre côté (celui des malades)".

Nathalie Truchet a pris conscience après l'accident qu'elle ne connaissait pas vraiment la question du risque professionnel. "Deux jours après l'accident, j'apprenais que le risque de contamination est très faible après piqûre avec une sous-cutanée, que la prophylaxie par AZT doit débiter moins de 2 heures après l'accident.

Des éléments que je ne connaissais pas, un risque dont je ne m'étais pas vraiment préoccupée alors que je travaille depuis plusieurs années auprès de patients atteints de sida."



Protocole à appliquer en cas d'exposition au sang

"En cas d'accident provoquant des piqûres, blessures, projections de sang sur les muqueuses ou sur une peau lésée, le sujet exposé doit immédiatement désinfecter la plaie avec de l'alcool à 70° ou de l'eau de javel à 0,1%.

L'incident doit être obligatoirement déclaré comme accident du travail selon les modalités légales en vigueur dans l'établissement. Il devra par ailleurs être notifié au service de médecine du travail." (6)

La législation prévoit un suivi sérologique (7).

Une sérologie initiale est effectuée pour le VIH et les hépatite B et C afin d'attester de la séronégativité au moment de l'accident. Deux sérologies ultérieures sont pratiquées au troisième et au sixième mois à compter de la date de l'accident.

Une infection à VIH conséquence d'un accident contaminant survenu en temps et lieu du travail est prise en charge au titre de la législation des accidents du travail. (8)

Le rôle du médecin du travail

Sophie Burin explique combien elle s'est sentie seule face à ces démarches et aux tests.

Elle a pourtant obtenu, quelques heures après son accident, un entretien avec le médecin du travail de l'hôpital.

D'emblée, un questionnaire lui a été remis.

Il portait sur le déroulement et les causes de l'accident, "il pointait mes erreurs, que je connaissais parfaitement et je me sentais en faute" raconte Sophie Burin.

Ce n'était pas l'aide qu'elle attendait du médecin du travail.

Pourtant, précise Dominique Abiteboul, ce questionnaire, même s'il peut paraître inopportun, est essentiel pour la surveillance des accidents et la prévention.

Il a pour but de recenser les conditions et les causes des accidents afin d'y remédier.

"On a pu ainsi déterminer (après avoir enregistré plusieurs accidents de ce type) que les boîtes à aiguilles de plus petit format, transportables sur les plateaux de soins, étaient nécessaires".

Effectivement, Sophie Burin remarque que ces matériels sont arrivés dans le service quelques jours plus tard.

Elle ajoute qu'elle a dû faire elle-même par la suite les démarches pour le renouvellement de la

prescription d'AZT, pour la deuxième et la troisième sérologie. Et là encore elle s'est sentie bien isolée.

Dominique Abiteboul confirme que les médecins du travail dans les centres hospitaliers sont souvent surchargés et ne peuvent assumer le suivi et le soutien psychologique personnalisé que l'on souhaiterait.

Autre interlocuteur possible : la surveillante du service.

Nadine Remy, surveillante au service des maladies infectieuses de l'hôpital Saint-Antoine, explique qu'elle s'est sentie complètement démunie face à une infirmière de son équipe qui s'était piquée.

A la suite d'un accident, la surveillante est confrontée aux formalités administratives de déclaration de l'accident et surtout à la peur de l'infirmière.

"Je sentais une telle disproportion entre ce que j'aurais pu dire ou faire et ce qu'elle vivait, sa peur face à laquelle je ne pouvais rien."

La place de l'AZT

L'administration très précoce de l'AZT a été envisagée comme une possibilité de réduire le risque de transmission du VIH après un accident.

L'AZT est donc proposé en prévention de la séroconversion dans certains hôpitaux.

Le traitement doit débuter très rapidement, dans les premières heures qui suivent le contact potentiellement contaminant.

Sophie Burin a accepté un traitement préventif tout en considérant "qu'on lui proposait l'AZT parce que ça rassure plutôt que de ne rien proposer du tout", Une expérience qui renvoie à une autre angoisse } "je prenais les mêmes gélules que celles que je donnais aux malades".

Il n'existe aujourd'hui aucun consensus sur l'efficacité de l'AZT dans ce contexte.

La preuve d'efficacité est pratiquement impossible à apporter compte tenu du faible risque de transmission après piqûre.

On signale à ce jour neuf échecs de l'AZT en prévention de la séroconversion, dont quatre cas dans le cadre d'un accident avec exposition au sang chez un soignant (9).

Prévenir : principes, résistances et pratiques

France Lert cite différents éléments à prendre en compte dans une réflexion sur la prévention du risque professionnel : les contraintes de temps et la charge de travail, la charge psychologique et l'intensité de l'engagement dans la relation avec le patient, l'ergonomie et l'organisation du travail, l'ergonomie du matériel, la formation et l'information du personnel.

Elle indique que l'un des principaux champs d'action est la recherche d'une sécurité passive (en particulier grâce à un matériel plus sûr).

Cependant elle signale qu'en milieu de travail, le risque ne sera jamais nul, qu'on peut seulement espérer le réduire.

Les précautions universelles

Au cours du débat, Laurence Weiss (hôpital Broussais), rappelle que par principe le dépistage systématique des patients est exclu.

"Il ne constitue en aucun cas un moyen de protection des soignants".

Il y a des patients potentiellement infectés dans tous les services, il s'agit de se protéger pour tous les patients.

A partir de ce principe, une stratégie de prévention a été définie par le CDC (Center for Diseases Control, USA), et recommandée en France (6) : il s'agit des précautions universelles.

France Lert explique que ce sont des règles de protections qui s'appliquent à tous les patients quel que soit leur statut sérologique vis-à-vis du VIH. Elles consistent à utiliser des protections individuelles (gants, masque, sur-blouse, lunettes) chaque fois qu'il y a un contact possible entre une peau lésée ou une muqueuse et le sang ou un liquide biologique contenant du sang.

Le geste de recapuchonnage des aiguilles est proscrit et tous les objets tranchants ou piquants doivent être jetés dans des conteneurs rigides et inviolables.

Ces précautions ciblent la protection contre la transmission du VIH, mais aussi contre d'autres virus, notamment ceux des hépatites.

Des règles un peu plus précises sont définies en fonction du type d'activité : soins, laboratoires, anatomo-pathologie... Néanmoins, leur application est laissée largement à l'appréciation des professionnels face à chaque situation.

Dans la pratique,

on constate que les infirmières ont quelques difficultés à respecter ces précautions universelles, un tiers seulement les applique systématiquement, précise France Lert.

Elle a mené, en 1991, une enquête dans 14 hôpitaux sur les facteurs qui conditionnent l'application des précautions universelles (10).

Elle observe que la pratique du recapuchonnage reste extrêmement fréquente et ceci bien que les soignants eux-mêmes en reconnaissent les risques et y compris dans les services "spécialisés" ou les urgences.

De façon plus générale, c'est le principe même de l'universalité de la protection qui semble mal admis : les protections individuelles sont peu employées, et quand elles le sont, prennent en compte le statut du patient vis-à-vis du VIH, l'existence réelle ou supposée de facteur de risque.

Pourtant France Lert précise que pour 45% des accidents survenus hors service spécialisé dans le traitement des affections liées au VIH, la séropositivité du patient n'a été connue qu'après l'accident.

On peut estimer que cette situation est sans doute due à l'insuffisance de l'information puisque l'on observe que plus de la moitié du personnel n'a suivi aucune formation particulière sur le sujet.

De nombreuses surveillantes dénoncent l'utilisation inadéquate des conteneurs par les infirmières dans la plupart des services.

Nadine Rémy (surveillante à l'hôpital Saint-Antoine), constate qu'ils font plus souvent office de poubelle que l'on surcharge au risque de se piquer ou de se couper.

Jacqueline Lamory (surveillante hygiéniste à l'hôpital Cochin) rappelle régulièrement à son équipe la finalité des conteneurs : recueillir les déchets contaminés, c'est-à-dire les objets tranchants ou piquants souillés. C'est en vain, constate-t-elle : "les conteneurs du service restent remplis de flacons et d'ampoules."



Vers une sécurité passive

Les enquêtes du GERES ont permis d'identifier les gestes particulièrement à risque pour les infirmières.

Dominique Abiteboul et Elisabeth Bouvet expliquent que le GERES étudie (avec le concours de 500 infirmières dans 30 services) des solutions matérielles plus adaptées pour les gestes à haut risque de piqûre (les prélèvements artériels et veineux, les hémocultures, les chambres implantables).

Elisabeth Bouvet insiste sur un point préalable : la responsabilisation du prescripteur afin de limiter au minimum le nombre de prélèvements lorsqu'il constitue un geste à risque.

"Ne peut-on pas parfois grouper les prélèvements afin d'éviter au patient une piqûre supplémentaire et de diminuer le risque pour l'infirmière ?"

Elisabeth Bouvet cite quelques exemples de matériels de sécurité aujourd'hui disponibles.

Pour les prélèvements il existe deux systèmes :

- soit l'utilisation d'un corps de pompe à usage unique (avec un conteneur à proximité du lieu du prélèvement)

- soit un corps de pompe de sécurité (type safety lock de Becton Dickinson) qui, après prélèvement, empêche tout contact avec l'aiguille souillée.

Par contre, Elisabeth Bouvet attire l'attention sur l'utilisation des systèmes de type "Butterfly" pourtant très courante mais source fréquente d'accidents.

Pour les perfusions, des solutions sont aussi disponibles.

Il s'agit du système "protectiv" pour la pose (une protection recouvre l'aiguille au moment de sa sortie de la veine, évitant alors tout risque de piqûre) et l'utilisation de cathéter souple pour la dépose (11).

Ces nouveaux matériels nécessitent, la plupart du temps, une formation car leur utilisation modifie le geste habituel de l'infirmière pour un acte.

Informer et former

A la suite de son accident, Nathalie Truchet pose le problème de l'information et de la formation des équipes soignantes.

"J'ai recapuchonné, c'était le geste que je faisais systématiquement même si au mur il y avait une pancarte qui indiquait de ne jamais recapuchonner.

Cette pancarte était arrivée là sans explication : alors pourquoi recapuchonner, pourquoi ne pas recapuchonner ?"

Dominique Abiteboul indique qu'effectivement et malheureusement on ne peut assurer de formation pour l'ensemble des infirmières d'un centre hospitalier. Il y a donc pour un petit groupe une véritable session de formation et pour les autres une affiche, une simple information.

Or, dit France Lert, on obtient généralement une bien meilleure application des mesures de protection après une formation qu'après une information car elle offre la possibilité de discuter en profondeur les enjeux de la protection.

Le rôle de la surveillante

De l'avis général, les surveillantes des services hospitaliers ont une mission essentielle dans ce domaine. Il est de leur responsabilité d'assurer l'information et la formation continue de leur équipe et de discuter au quotidien avec les infirmières de l'application des mesures de prévention. Cependant, dans les témoignages, les surveillantes marquent une certaine lassitude à ne pas obtenir de résultats et à répéter sans cesse les mêmes consignes.

Il faut effectivement répéter les règles de prévention car les personnes changent fréquemment d'équipe et de service, explique France Lert.

Des expériences originales (12)

Des formations se sont mises en place au sein des établissements à l'initiative de quelques infirmières.

Marie-Claude Delamare (infirmière, Hôpital Bichat), par exemple, mène une sensibilisation auprès de ses collègues.

Elle se déplace dans les services pour faire partager son expérience auprès de patients séropositifs, expliquer les précautions, la gestion du risque.

Son but est de "créer une dynamique, afin que s'instaure au sein de l'équipe soignante dans chaque service, un dialogue pour réfléchir à la prévention."

Dominique Abiteboul souligne l'intérêt de cet effet de proximité, la valeur pédagogique de l'expérience de ceux qui se sont piqués et des groupes de parole qui se sont créés dans certains hôpitaux.

Les comités de lutte contre l'infection nosocomiale (CLIN)

De manière plus institutionnelle, des programmes complets de formation peuvent être entrepris dans chaque hôpital.

Elisabeth Bouvet souhaite que chaque centre hospitalier organise sa propre formation sur le travail en sécurité. Elle indique que pour se faire, on peut s'appuyer sur les CLIN présents dans chaque établissement.

Elle donne comme exemple l'hôpital Bichat où elle travaille. Au sein du CLIN, un groupe de travail sur le VIH s'est créé. Il étudie les matériels, élabore les formations et intervient directement auprès de l'administration hospitalière pour le choix du matériel de sécurité et l'organisation de la formation.

Quinze sessions de formation sur un an et demi sont ainsi prévues en 1993 à Bichat.

"Le CLIN représente l'une des structures sur lesquelles on peut s'appuyer pour faire avancer les choses en matière de prévention du risque professionnel" conclut Elisabeth Bouvet.

les services d'HAD : "notre centre a délibérément choisi d'acquérir un matériel adapté et sûr, mais c'est au prix de gros sacrifices financiers pour la structure."

Le cas de l'infirmière libérale est préoccupant, d'autant plus qu'aucun interlocuteur susceptible de prendre en considération cette situation n'est identifié.

Certes, le maintien à domicile décharge l'hôpital et réduit les coûts de prise en charge, mais les frais hospitaliers ainsi économisés ne se retrouvent pas dans le financement du maintien à domicile.

Conclusion

La prévention de la transmission des infections virales a suscité des progrès déjà importants en matière de sécurité. Cette action doit être poursuivie pour réduire le risque, elle passe par des activités multiples : formation continue, recherche de nouveaux matériels et de nouveaux gestes infirmiers, réorganisation des soins, soutien des soignants.

RIPS

Et les infirmières libérales ? (13)

Pascale Prevost (infirmière libérale en Seine-Saint-Denis) pose le problème de la prise en charge de l'accident du travail au cours d'un exercice libéral. Elle soigne à domicile des sidéens en fin de vie.

"A domicile, le risque d'accident est plus grand qu'à l'hôpital. Le matériel de soins est souvent moins performant : ou bien il y a un seul modèle disponible dans le commerce, ou bien le patient achète le modèle de base remboursé par la sécurité sociale.

En cas de piqûre accidentelle, rien n'est prévu car il n'y a pas de couverture sociale au titre des accidents du travail pour les non-salariés. Seule une assurance privée volontaire est possible. Je règle d'ailleurs une surprime parce que je prends en charge des patients infectés par le VIH !

Si je me pique, je suis absolument seule pour affronter cet événement : je devrais consulter un médecin généraliste, qui me prescrit un test (étant donné les délais je ne peux envisager un traitement par AZT), ensuite je me rendrais dans un laboratoire de ville pour effectuer un test, payant. Il n'y a aucun interlocuteur pour assurer le soutien d'une infirmière libérale", conclut-elle.

Martine Nectoux (HAD de Bagnolet) explique que le problème, quoique moins crucial, est identique pour

(1) Parmi les participants :

DGS, GERES, INRS, INSERM, Médecins du Monde, ORS Ile-de-France, Le Quotidien du Médecin, Profession Infirmière...

et des infirmières, infirmières hygiénistes, surveillantes hospitalières et surveillantes générales des hôpitaux : Saint-Antoine, Saint-Louis, Rotschild, Louis Mourier, Cochin, Port Royal, Bichat-Claude Bernard, Fernand Widal, Tenon, ...

(2) Groupe d'étude sur le risque d'exposition au sang (GERES)

2 rue Auguste Comte
92170 VANVES Cedex

Tél : (1) 46 62 43 35 fax : (1) 46 62 43 14

Le GERES a pour mission d'étudier les circonstances de survenue des accidents et d'évaluer les moyens en formation et les matériels qui doivent être mis à la disposition des personnels de soins.



Bibliographie

(3) Infections professionnelles par le VIH en France, le point au 31 mars 1992 - LOT F, ABITEBOUL D - Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°26/1992 - 29 juin 1992.

(4) Risque d'exposition au sang parmi le personnel infirmier : résultats d'un an de surveillance dans 17 hôpitaux. - FOURRIER A, ANTONA D, ABITEBOUL D et al. - GERES, 1991.

(5) Surveillance of health care workers exposed to blood from patients infected with the human immunodeficiency virus - MARCUS R and the CDC Cooperative Needlestick Surveillance Group - New England Journal of Medicine, 1988, 319, 17 p. 1120-1123.

(6) Circulaire DGS/DH n° 23 du 3 août 1989 relative à la prévention de la transmission du virus de l'immunodéficience humaine chez les personnels de santé. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°34/1989 du 28 août 1989.

Conduite à tenir en cas d'accident avec exposition au sang ou à des produits biologiques - GERES - 1993, 1 p.

(7) Arrêté du 18 janvier 1993 fixant les modalités du suivi sérologique des personnes victimes d'accidents du travail entraînant un risque de contamination par le virus de l'immunodéficience humaine - Journal Officiel du 20 janvier 1993, p. 1008.

(8) Décret n°93-74 du 18 janvier 1993 portant modification du barème indicatif d'invalidité en matière d'accidents du travail - Journal Officiel du 20 janvier 1993, p. 1004.

(9) Echec du Rétrovir® en prophylaxie
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°26/1992
29 juin 1992, p 119.

(10) Pratiques et attitudes du personnel hospitalier face à la transmission du VIH au cours des soins
LERT F, MARNE M-J, SAMPIL M et al. - 1993, 100 p.

(11) Les nouveaux matériels pour la sécurité des soignants
Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire n°26/1992 29 juin 1992 - p. 121.

(12) Présentation des réalisations
Journées d'échanges sur la prévention des risques d'exposition au sang, 22 janvier 1993, Ministère de la Santé et de l'Action Humanitaire - Mission sida.

(13) Les infirmiers libéraux face au sida : situation de la prise en charge dans les Alpes-Maritimes et analyse des besoins en formation
BONIFASSI L. et al. - juin 1993, 25 p.

Un dossier documentaire : "les infirmières face au sida"

Ce dossier documentaire a pour objectif de faire le point sur

- le risque de contamination par le VIH et sa prévention,
- les risques infectieux associés (hépatites, CMV, herpès, tuberculose),
- les aspects psychologiques de la relation soignant-soigné,
- les avancées thérapeutiques,
- les formations disponibles.

Pour chaque thème, il s'articule autour de témoignages de soignants, de synthèses des connaissances élaborées par un spécialiste et de bibliographies spécifiques.

CRIPS - nouvelle édition, septembre 1993 - 50 F

Une mallette pédagogique

Destinée aux équipes soignantes d'encadrement, aux infirmières enseignantes... elle rassemble :

- des documents de référence (brochures, vidéo, répertoire des organismes de lutte contre le sida...),
- le dossier documentaire "les infirmières face au sida",
- une cassette audio de témoignages de patients et de proches sur la place de l'infirmière aux différents moments de la prise en charge.

CRIPS - septembre 1993 - 250 F

Les matériels de sécurité

Documentations et spécimens des différents modèles disponibles (conteneurs, cathlons, aiguilles de prélèvements...) sont exposés au CRIPS.

Pour tout renseignement, contact : Nathalie Truchet

Claudine Vallauri
Didier Jayle
France Lert
Dominique Serryn
Nathalie Truchet
Antonio Ugidos

LES DIPLOMES UNIVERSITAIRES SUR L'INFECTION À VIH ACCESSIBLES AUX SOIGNANTS

La prise en charge de l'infection à VIH par le personnel paramédical

Université de Paris VII
Faculté de Médecine Xavier Bichat
16 rue Henri Huchard - 75018 PARIS
Tél : (1) 42 63 84 20 poste 311

Les aspects psychosociaux et médicaux de l'épidémie liée au VIH

Université Paris Nord
Faculté de Médecine de Bobigny
74 rue Marcel Cachin
93012 BOBIGNY
Tél : (1) 48 02 63 80

Formation à l'épidémie du sida

Université P. et M. Curie, Paris VI
Faculté de Médecine St-Antoine
27 rue de Chaligny - 75012 PARIS
Tél : (1) 40 01 13 00

Le syndrome Immunodéficientaire acquis

Université d'Aix Marseille II
Faculté de Médecine
Hôpital de la Conception
27 bd Jean Moulin
13385 MARSEILLE Cedex 5
Tél : 91 38 35 31 / 35 32

L'infection par le VIH

Université P. et M. Curie, Paris VI
Faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière
91 bd de l'hôpital - 75013 PARIS
Tél : (1) 40 77 95 60

L'infection par le VIH

Université de Lille II
Faculté de Médecine
1 place de Verdun
59045 LILLE Cedex
Tél : 20 62 69 76

L'infection par le VIH

Université René Descartes, Paris V
Faculté de Médecine Cochin
24 rue du Faubourg St Jacques
75014 PARIS
Tél : (1) 42 34 13 56

L'infection à VIH et sida en France et dans le monde

Université Val de Marne, Paris XII
Faculté de Médecine Créteil
8 rue Général Sarrail
94000 CRETEIL
Tél : (1) 43 86 21 75

CRIPS