



Les travailleurs sociaux face au sida. L'accompagnement social

Préface

Ce travail sur l'accompagnement social face au sida a été demandé à l'École supérieure de travail social (Etsup) dans le cadre d'une convention signée entre le ministère des Affaires sociales et l'association Arcat en 1995.

Les objectifs étaient d'explicitier la fonction d'accompagnement social des assistants sociaux polyvalents ou spécialisés auprès des personnes contaminées par le VIH et de contribuer à diffuser auprès de ces professionnels les connaissances relatives à ce champ d'intervention, notamment pour ceux qui ont fait leurs études initiales avant l'apparition de l'épidémie.

Cette commande a été formulée dans une période où le terme d'accompagnement social a vu son usage se développer, sans qu'il ait été toujours bien défini, à partir de la loi sur le RMI. L'usage un peu " fourre-tout " de cette expression est d'autant plus aisé que l'évidence de son sens commun permet d'englober des pratiques multiples, aussi bien professionnelles que bénévoles, sans avoir besoin d'en préciser les contours ni les moyens. Autrement dit, le législateur, dans sa grande sagesse, a laissé aux opérateurs le soin d'en définir le contenu et les modalités.

Pour un centre de formation comme Etsup dont la mission centrale est d'enseigner les pratiques d'intervention sociale, au moins deux questions se sont posées dès l'apparition du terme dans le cadre législatif, et ensuite lors de l'extension de son usage à tous les domaines d'intervention même ceux non prévus par la loi comme c'est le cas pour le sida par le VIH. La première concerne les raisons d'apparition de ce nouveau terme ; la seconde est de savoir s'il correspond ou non à des changements de pratiques et, si oui, lesquels.

Les incidences psychologiques et sociales de l'épidémie constituent pour les travailleurs sociaux un nouveau champ de pratiques. La prise en charge médicale ne se conçoit pas sans la prise en compte du bien-être psychologique et social de la personne. Les expériences de la lutte contre les fléaux sociaux comme la tuberculose ou les maladies vénériennes ont montré l'efficacité de l'intégration la plus étroite possible entre le traitement médical et l'intervention sociale.

Ceci ne peut se réaliser que si cette intégration est instituée. Des progrès restent à faire pour que les moyens correspondants deviennent une réalité : volonté de tous les acteurs concernés, organisation structurelle, financements. Le réseau ville-hôpital, le " staff social " mis en place dans certains hôpitaux, sont des outils d'intégration qui pourraient être repris et élargis.

Quant aux assistants sociaux polyvalents, on peut se demander si leur nombre et les charges qui pèsent déjà sur eux leur laissent la disponibilité nécessaire pour ce type d'accompagnement social. En termes de rapport coût-efficacité, le travail social en milieu ouvert se révèle performant.

Les travailleurs sociaux ont les bases nécessaires pour ce type d'intervention ; celles-ci peuvent être utilement complétées dans le cadre de la formation continue et ce guide, nous l'espérons, y contribuera à sa mesure.

Le sida, en raison de ses modes de transmission, de son évolution et de la gravité de son pronostic, provoque des réactions importantes chez les personnes concernées et, par voie de conséquence, interpelle fortement les intervenants médicaux et sociaux. C'est pourquoi les professionnels ont besoin non seulement de compléter et d'actualiser leurs connaissances mais aussi d'espaces d'expression, de réflexion et d'élaboration de leurs pratiques. Ils seront ainsi mieux préparés à aider les malades et leurs familles à trouver ou retrouver en eux-mêmes leurs propres forces de vie.

Éliane Leplay

Directrice de l'Etsup

Sommaire

L'infection par le VIH

L'épidémie

Une nouvelle maladie

Déclaration des cas de sida

La surveillance épidémiologique

La transmission du VIH

Transmission lors des relations sexuelles

Transmission par le sang

Transmission de la mère à l'enfant

L'évolution de l'infection

La primo-infection

La phase asymptomatique

Les premiers symptômes

Le sida

L'infection par le VIH chez l'enfant

La prise en charge médicale

Préserver la qualité de vie

Le suivi

Les traitements

Les soins à domicile

La lutte contre l'épidémie

Les mesures de prévention

L'information

La recherche

Vivre avec le virus

Les répercussions psychologique

L'annonce de la séropositivité

“ Vivre avec ”

La vie quotidienne

Contamination et recontamination

Précautions dans la vie quotidienne

La nutrition

Le soutien des proches

Grossesse, maternité, enfance

La grossesse

La naissance

Le suivi de l'enfant

Les structures d'accueil de l'enfant

Le logement

Un logement adapté

Un logement stable

L'activité professionnelle

Risques d'exclusion

L'emploi

Pauvreté, précarités et sida

Les mécanismes qui conduisent à la pauvreté

Les précarités

Le sida facteur d'exclusion

Les droits

Repères chronologiques

La législation

Les structures institutionnelles

La lutte contre la discrimination

Le droit à la discrétion et au secret

Le secret professionnel

Droit du mineur

Droit du travail

L'embauche

Les arrêts maladie et leurs conséquences

Le médecin du travail

Le licenciement

Les assurances

Prêts immobiliers ou professionnels

Les informations relatives à l'état de santé

La protection sociale

L'accès aux droits

La prise en charge à 100 %

Le maintien des droits sociaux

La pension d'invalidité

L'aide sociale

L'aide médicale à domicile

L'aide médicale hospitalière

L'allocation adulte handicapé

L'allocation d'éducation spéciale

Le revenu minimum d'insertion

Le droit au logement

Le logement social

Les centres d'hébergement et de réadaptation
sociale

Droits des personnes étrangères

L'article 186 du Code de la famille

Les demandeurs d'asile

L'autorisation de séjour pour soins

Le travail social

Rappel de l'objet et des savoirs

La délimitation d'un objet

La constitution d'un savoir

La mise en œuvre

La reconnaissance

La complexité des interventions

L'éthique des travailleurs sociaux

Repères dans l'histoire

Construction d'une éthique

Des valeurs essentielles

L'accompagnement social

L'évolution des mots

La notion d'accompagnement

Les formes de l'accompagnement social

Accompagnement social et sida

Méthode d'intervention

Les préalables

Les objectifs

Repérer la situation

Élaborer l'accompagnement

La pratique partenariale

Le travail en réseau

Le réseau ville-hôpital

Liens avec les associations

L'action des bénévoles

Caractéristiques institutionnelles

Le milieu hospitalier

L'accompagnement

Des situations sociales très diverses

La prise en compte d'ethnies multiples

Les hôpitaux pour enfants

Le suivi de l'enfant

La révélation de la contamination de l'enfant

L'avenir de l'enfant

La singularité culturelle

Les hôpitaux pour adultes

Des situations psychologiques particulières

La grossesse

Des situations de précarités et de grande pauvreté

Les liens avec l'équipe médicale

Une stratégie de confidentialité

Le retour au domicile

Les services sociaux spécialisés des CRAM

Les missions

L'action sur le terrain

Le service social de l'entreprise

Le contact avec le salarié

Des fonctions spécifiques

Le service social polyvalent de secteur

Questions principales

L'émergence de nouvelles pratiques

Un travail de réflexion

Bibliographie

VIH et sida

Éthique et méthodologie

Carnet d'adresses

Associations et structures d'accueil

Centres régionaux d'information et de prévention du sida

Performances téléphoniques

Organismes officiels

L'infection par le VIH

L'infection par le VIH est une infection transmissible pour laquelle il n'existe aujourd'hui aucun traitement radical. Le sida qui correspond à une complication de l'infection, se manifeste au terme d'une longue période sans signes cliniques. De par ses caractéristiques et son évolution, l'infection par le VIH peut engendrer de graves problèmes économiques et sociaux, ainsi que des attitudes d'exclusion ou de discrimination.

L'épidémie

L'épidémie a débuté à la fin des années 1970, touchant initialement l'Afrique subsaharienne, les États-Unis et l'Europe occidentale. Depuis, de nouveaux foyers se sont développés, notamment en Amérique du Sud et en Asie du Sud et du Sud-Est.

***Sida = syndrome immunodéficitaire acquis.**

Le terme sida est souvent employé pour désigner tout ce qui touche à l'infection par le VIH, mais il définit uniquement la forme la plus grave de cette infection.

- Syndrome : ensemble des signes caractérisant une maladie.
- Immunodéficit : diminution des défenses immunitaires de l'organisme.
- Acquis : apparu au cours de la vie.

Le terme anglo-saxon est AIDS : Acquired Immuno-Deficiency Syndrome.

Une nouvelle maladie

En 1981, un médecin de Los Angeles signale au CDC (organisme chargé de la surveillance sanitaire aux États-Unis), une épidémie inhabituelle de pneumonie chez de jeunes homosexuels. Des cas de sarcome de Kaposi (maladie la peau et d'autres tissus de l'organisme), survenant avec une fréquence inattendue chez des sujets jeunes, sont également signalés. La majorité des malades a moins de quarante ans et les trois quarts sont des homosexuels masculins à partenaires multiples ou bisexuels. Le dernier quart regroupe des personnes hétérosexuelles, des usagers de drogues par voie intraveineuse, des Haïtiens et quelques hémophiles. Tous souffrent d'un déficit immunitaire important.

À la fin de l'année 1982, cette maladie de cause inconnue est nommée AIDS, en français sida*.

En 1983, un premier virus responsable de cette déficience immunitaire est identifié par le professeur Luc Montagnier et son équipe de l'Institut Pasteur à Paris. C'est à cette date qu'apparaissent en France, et dans divers pays, les premiers textes législatifs.

L'année 1985 marque un tournant dans l'histoire de cette épidémie avec la mise à disposition progressive de tests de dépistage des anticorps liés au VIH et l'émergence de la notion de séropositivité pour le VIH*.

Fin 1985, un second virus est découvert. Le premier virus, après avoir reçu plusieurs noms, est alors appelé VIH1, le second VIH2.

Aujourd'hui, des progrès notables ont été faits dans la connaissance de l'infection et de la maladie. La mise au point de traitements permet de mieux lutter contre plusieurs des complications de l'infection et de ralentir très significativement son évolution.

***VIH = virus de l'immunodéficience humaine.** Le terme anglo-saxon est HIV : Human Immuno-deficiency Virus.

Déclaration des cas de sida

La déclaration des cas de sida est obligatoire. Elle est établie par le médecin traitant qui l'envoie à la DDASS. Cette déclaration n'est pas nominative.

Elle est transmise au réseau national de santé publique qui enregistre toutes les données sur les cas de sida en France et dans les départements d'Outre-mer (DOM). Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH) fait état des cas recensés. Cette déclaration ne concerne pas la séropositivité pour le VIH.

La surveillance épidémiologique

L'épidémie dans le monde au 30 juin 1996

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a recensé 1 393 649 cas de sida depuis le début de l'épidémie.

Cependant, l'OMS estime que :

- plus de 7,7 millions de personnes ont déjà été atteintes de sida dont près de 90 % dans les pays en développement ;
- 21 millions d'adultes et 800 000 enfants vivent avec le VIH.

La surveillance de l'épidémie dans le monde repose notamment sur le dénombrement des cas de sida. Presque tous les pays en ont déclarés. Ils représentent la partie visible de l'épidémie, mais, comme il s'écoule en moyenne de 7 à 11 ans entre la contamination et l'apparition du sida, les données de cette surveillance reflètent la situation des contaminations par le VIH, il y a une dizaine d'années.

En France, le nombre de nouveaux cas de sida liés à des pratiques homosexuelles ou bisexuelles non protégées se stabilise, de même que ceux dus au partage de seringues chez les usagers de drogues.

L'épidémie continue à se développer dans la population hétérosexuelle, alors qu'elle diminue chez les personnes hémophiles ou transfusées.

Les chiffres en France au 30 juin 1996

- 42 262 cas de sida déclarés dont 62,3 % sont décédés (le nombre de cas réel est estimé entre 48 500 et 53 000) ;
- entre 17 000 et 19 000 personnes vivantes atteintes de sida ;
- entre 70 000 et 160 000 personnes infectées (séropositives).

Source : Réseau national de santé publique, BEH n° 24/1996 et n° 36/1996.

La transmission du VIH

Les modes de transmission du VIH ont été identifiés avec certitude. Le VIH peut être transmis par le sang, par le sperme ou par les sécrétions sexuelles, et de la mère à l'enfant (au cours de la grossesse ou de l'accouchement et lors de l'allaitement).

Deux conditions sont indispensables pour que le virus puisse se transmettre :

- le virus doit être présent en quantité suffisante ;
- le virus doit pouvoir pénétrer dans l'organisme (par un contact avec une muqueuse, une plaie, une lésion ouverte de la peau, par une piqûre).

Transmission lors des relations sexuelles

Chez les personnes atteintes d'infection par le VIH, le sperme ou bien les sécrétions vaginales et le sang des règles peuvent transmettre le virus. La contamination peut survenir au cours des rapports sexuels non protégés avec pénétration vaginale ou anale. Le risque est augmenté en cas de lésions préexistantes des muqueuses (gland, muqueuse vaginale ou rectale) ou de maladies sexuellement transmissibles (MST).

Les préservatifs L'utilisation des préservatifs prévient les possibilités de contamination ou de recontamination. Ils demeurent une excellente protection contre la transmission du VIH et des maladies sexuellement transmissibles en général. Ils doivent être utilisés à chaque rapport sexuel, si l'un des deux partenaires est ou a pu être contaminé, qu'il le sache ou non.

Transmission par le sang

Actuellement, le risque majeur de contamination par le sang est lié au partage de seringues entre usagers de drogues. La libéralisation de l'accès aux seringues depuis 1987 et la prise de conscience

des usagers a probablement permis de ralentir le rythme des contaminations. Cependant, la marginalisation de nombreux usagers de drogue favorise les comportements à risques, d'autant plus que la consommation de certains produits (crack, cocaïne, médicaments psychotropes associés à l'alcool) provoque une baisse de la vigilance.

Le conseil de ne pas partager les seringues et d'éviter les conduites à risque, doit s'accompagner d'une prise en charge plus globale de la toxicomanie et de ses conséquences sociales. La multiplication des lieux d'accueil et de prise en charge des usagers de drogues est toujours nécessaire.

Depuis 1985, le risque lié aux transfusions est devenu très faible grâce au dépistage obligatoire des anticorps anti-VIH lors de dons de sang et d'organes. Quant aux dérivés sanguins qui ont été à l'origine de nombreuses contaminations de personnes hémophiles avant 1985, ils sont maintenant chauffés ou traités chimiquement et ne peuvent plus transmettre le virus.

Les seringues

Les seringues et aiguilles doivent être à usage strictement personnel. Des seringues stériles, jetables et à usage unique peuvent être achetées librement et anonymement en pharmacie. En cas d'impossibilité : désinfecter les seringues en plastique à l'alcool à 90° ou à l'eau de Javel (dilution : un berlingot pour 3/4 de litre d'eau) puis les rincer trois fois à l'eau claire avant de les réutiliser. Vérifier la date de péremption de l'eau de Javel.

Transmission de la mère à l'enfant

La contamination de l'enfant d'une mère séropositive peut se produire au cours de la grossesse ou au moment de l'accouchement. L'allaitement maternel peut également être à l'origine d'une contamination, aussi est-il contre indiqué, en France, pour les enfants dont la mère est séropositive.

En France, on estime que 500 à 600 femmes séropositives poursuivent leur grossesse chaque année. Cependant, leurs enfants, qui sont tous séropositifs à la naissance, ne sont pas obligatoirement contaminés par le VIH (ils possèdent les anticorps de leur mère). Ce risque est estimé, dans les pays développés et en l'absence de traitement préventif, à un sur cinq en moyenne.

Prévention de la transmission mère-enfant

Depuis mai 1994, des recommandations préconisent un traitement par AZT au cours de la grossesse et durant l'accouchement pour les femmes séropositives enceintes souhaitant poursuivre leur grossesse. Administré selon des modalités très précises, l'AZT permet de réduire les risques de transmission du VIH à l'enfant. Ce traitement doit être envisagé en fonction de chaque situation avec le médecin traitant.

L'évolution de l'infection

La contamination par le VIH se traduit par une infection qui évolue lentement pendant plusieurs années. L'amélioration des connaissances et des moyens de prise en charge s'est traduite par un allongement de la période qui précède la survenue du sida.

Les tests de dépistage ne peuvent se faire qu'avec le consentement de la personne qui doit être assurée que le test et son résultat resteront strictement confidentiels.

La primo-infection

La primo-infection correspond à la période de quelques semaines qui suit immédiatement la contamination par le VIH. C'est durant cette période que l'organisme va fabriquer les anticorps spécifiques du VIH qui pourront être décelés par un test de dépistage. Le délai de séroconversion (passage d'une négativité des tests à une positivité des tests) est, dans la très grande majorité des cas, de quatre à huit semaines après la contamination. Le test doit donc être pratiqué au moins huit semaines après une éventuelle exposition au virus.

La primo-infection par le VIH est semblable à beaucoup d'autres infections virales. Très souvent asymptomatique, elle passe en général inaperçue. Dans un nombre limité de cas, elle peut s'accompagner de signes divers : fièvre, malaise général, maux de tête, réactions cutanées. Un risque de transmission du VIH à une autre personne existe dès la contamination, même si le résultat du test est encore négatif.

La phase asymptomatique

Lorsque la sérologie VIH est positive et que les personnes contaminées ne présentent aucun signe de maladie, elles sont dites séropositives " asymptomatiques ". En dehors des précautions à prendre lors des relations sexuelles, ces personnes peuvent mener une vie normale. Cette période dure le plus souvent plusieurs années.

Chez certaines personnes, la présence d'adénopathies (augmentation du volume de plusieurs ganglions ou lymphadénopathie généralisée persistante) est banale, comme lors de toute infection virale.

Les premiers symptômes

Après cette période sans symptômes, certaines maladies peuvent se déclarer car l'évolution de l'infection a pour conséquence la diminution des lymphocytes CD4*, entraînant un affaiblissement progressif du système immunitaire.

Des signes peuvent apparaître : augmentation des ganglions, de la rate, du foie, une fatigue prolongée, un amaigrissement.

Des infections peuvent se répéter : diarrhées, rhinites et bronchites, muguet dans la bouche, mycoses génitales, zona.

C'est en général le moment où un traitement est proposé. Cette période peut durer plusieurs années.

***Lymphocytes CD4 (ou T4) = cellules sanguines appartenant à la catégorie des globules blancs et jouant un rôle essentiel dans la défense immunitaire.**

Le sida

Les pathologies graves, constitutives du sida, apparaissent lorsque le déficit immunitaire est important. Ces épisodes aigus sont néanmoins entrecoupés de périodes de rémission. Le système immunitaire est le plus souvent très affaibli et le nombre de cellules CD4 réduit.

Les infections secondaires au déficit immunitaire

peuvent être dues à des germes de rencontre, comme la tuberculose, ou à des germes déjà présents dans l'organisme comme la pneumocystose et la toxoplasmose, on parle alors d'infections opportunistes.

Les tumeurs touchent le plus souvent la peau (sarcome de Kaposi), les ganglions (lymphomes) ou le col de l'utérus.

Des troubles neurologiques graves peuvent parfois entraîner une perte des facultés intellectuelles par une atteinte du cerveau due au virus lui-même.

L'infection par le VIH chez l'enfant

Tous les nouveau-nés de mères séropositives sont eux-mêmes séropositifs lors des tests de dépistage habituels (ils possèdent les anticorps de leur mère), sans pour autant être obligatoirement contaminés. Au-delà de l'âge de 16 mois, seuls les enfants contaminés restent séropositifs, après avoir fabriqués leurs propres anticorps.

La persistance des anticorps maternels ne permet pas un diagnostic précoce avec les techniques classiques de dépistage, d'autant que l'examen clinique à la naissance est normal. Cependant, aujourd'hui, la contamination de l'enfant peut souvent être reconnue après le premier trimestre de vie, grâce, entre autres, aux techniques de recherche directe du virus (culture virale et Polymerase Chain Reaction (PCR)).

La plupart des enfants contaminés présentent des symptômes mais rarement avant l'âge de 3 mois. Pour 75 % à 80 % d'entre eux, l'infection évolue lentement mais 15 % à 20 % des enfants présentent une forme d'évolution rapide et sévère.

- Forme lente : après une période asymptomatique ou peu symptomatique (polyadénopathie constante, hépatosplénomégalie) jusqu'à l'âge de 2 ou 3 ans, apparaît souvent une pneumopathie lymphoïde interstitielle (caractéristique de l'infection chez l'enfant) qui peut être associée à une parotidite. Un déficit immunitaire profond peut survenir vers l'âge de 5 ou 6 ans mais aussi plus tardivement vers 8 ou 9 ans. Ce déficit se traduit par la survenue d'infections opportunistes.
- Forme rapide et sévère : elle se caractérise par une succession d'infections et de manifestations neurologiques pouvant apparaître dès l'âge de 3 mois. Moins de 10 % des enfants touchés par cette forme évolutive rapide sont encore en vie à l'âge de 5 ans.

Les enfants infectés sont pour la plupart nés de mères séropositives. Avant 1985, ils ont également pu être contaminés par l'administration de produits sanguins ; c'est le cas de 40 % à 60 % des enfants hémophiles en France.

La prise en charge médicale

Une prise en charge médicale précoce permet de ralentir l'évolution de l'infection, d'éviter certaines infections opportunistes et contribue ainsi au maintien de la qualité de vie.

Préserver la qualité de vie

L'ensemble des interventions thérapeutiques vise à retarder l'apparition des complications de la maladie, à les prévenir lorsque cela est possible et, enfin, à réduire leurs conséquences lorsqu'elles surviennent. Chaque intervention médicale doit être pesée en fonction du bénéfice que l'on en attend, de ses risques potentiels et de ses contraintes pour le patient. Le désir du malade et la préservation de sa qualité de vie sont des éléments déterminants dans le choix des traitements.

Le suivi

Dès la découverte de la séropositivité, un bilan médical très complet doit être proposé pour évaluer le retentissement de la contamination sur l'organisme et notamment le système immunitaire. Ce bilan comprend entre autres une numération des lymphocytes CD4 et une mesure de la concentration du virus dans le sang (PCR-ARN VIH plasmatique) communément appelée charge virale. Une surveillance médicale régulière est alors souhaitable

La séropositivité exposant les femmes à des risques particuliers, notamment de cancer du col de l'utérus, un suivi régulier par un gynécologue est nécessaire. Par ailleurs, celui-ci conseillera utilement sur la contraception la plus adaptée.

Le taux de lymphocytes CD4/mm³ dans le sang reflète l'efficacité du système immunitaire.

Les traitements

Des résultats récents montrent que l'association de médicaments antiviraux est plus efficace pour ralentir l'évolution de l'infection. De nouveaux espoirs portent sur la trithérapie (association de trois médicaments de familles thérapeutiques différentes) qui pourrait représenter une avancée thérapeutique majeure.

Les médicaments antiviraux agissent contre le virus en bloquant sa multiplication. Ils interviennent à des stades différents de la réplication : inhibiteurs de la transcriptase inverse (comme l'AZT, la ddl, la ddC, le d4T, le 3TC) ou de la protéase (ritonavir, indinavir, saquinavir). Ils retardent l'apparition d'un déficit immunitaire sévère, évitent au moins temporairement la survenue des complications infectieuses et améliorent l'état général. Comme la plupart des médicaments, ils s'accompagnent parfois d'effets secondaires et demandent une surveillance médicale mensuelle.

Les personnes immunodéprimées, ou qui commencent à l'être, risquent de développer une infection secondaire. Il est possible, par un traitement dit prophylactique, de prévenir efficacement certaines de ces infections comme la pneumocystose et la toxoplasmose. C'est ce que l'on appelle la prophylaxie primaire. D'autres traitements sont proposés ou à l'étude, notamment en prévention des infections à mycobactéries ou à cytomégalovirus.

De nombreuses infections peuvent aujourd'hui être traitées efficacement. Selon leur nature, différentes classes de médicaments sont employées : antibiotiques, antimycosiques, antiparasitaires, antiviraux. Cependant, certaines infections restent non seulement malaisées à diagnostiquer mais encore difficiles, voire impossibles, à traiter.

À la suite d'une infection, le risque de rechute ou de récurrence peut être important parce que les traitements existants, s'ils sont efficaces pour bloquer ou réduire le développement microbien, ne le sont pas suffisamment pour détruire l'agent infectieux en cause (c'est le cas des infections à *Pneumocystis carinii*, à toxoplasme ou à cytomégalovirus) ; ensuite parce que, l'immunodéficit persistant, une nouvelle infection due à ces germes peut se développer. Chaque fois que cela est possible, un traitement d'entretien est proposé après la survenue d'un épisode infectieux dû à l'un de ces micro-organismes. C'est ce que l'on appelle la prophylaxie secondaire.

La PCR-ARN VIH plasmatique mesure la concentration du virus dans le plasma. C'est un reflet du potentiel évolutif de l'infection.

Les soins à domicile

Prescrits par un médecin, les soins à domicile sont une alternative à l'hospitalisation et permettent au patient qui le souhaite d'évoluer dans son cadre de vie habituel. Toutefois, si les

soins à domicile constituent un moyen plus confortable de se soigner, ils nécessitent la mise en place d'une organisation rigoureuse, reposant sur le personnel soignant et l'entourage. Les travailleurs sociaux concourent, en coordination avec les autres intervenants, à favoriser le maintien à domicile et à mettre en place tous les moyens nécessaires.

L'hospitalisation à domicile (HAD) permet la continuité des soins après une hospitalisation. La mise en place de l'HAD est prescrite par le médecin hospitalier avec l'accord du malade et de son entourage. Les soins sont dispensés par l'équipe de la structure HAD (infirmiers, aides-soignantes, kinésithérapeutes, psychologues, aides-ménagères...) sous la responsabilité du médecin traitant. Ce dispositif représente pour la collectivité, un coût inférieur à celui d'une hospitalisation classique.

Les techniques de nutrition par voie veineuse, le contrôle de la douleur, les soins d'hygiène et de confort, la kinésithérapie sont autant de mesures utiles pour passer des caps difficiles et pour apporter au malade atteint du sida le soutien, le bien-être et le réconfort dont il a besoin.

La lutte contre l'épidémie

Pour favoriser la prévention des contaminations par le VIH, il est maintenant acquis que plus on met l'accent sur le dialogue et le respect des droits individuels plus les individus sont enclins à adopter et à maintenir dans le temps des comportements de prévention. La défense des droits de l'individu va donc dans le sens de la défense des intérêts collectifs.

Les mesures de prévention

La prévention repose sur des mesures administratives (comme la libéralisation de la vente des seringues en pharmacie) et sur des actions incitatives engageant à la modification des comportements individuels.

Ces mesures concernent toute la population qui doit être informée sur la maladie et les moyens de la prévenir et pouvoir ainsi être solidaire des personnes atteintes. La prévention de l'infection par le VIH, et de ses conséquences, impose d'identifier avec précision l'ensemble des différents risques. Elle ne doit pas se limiter à l'information sur les modes de contamination. Une prise en charge trop tardive ou insuffisante, ou encore une négligence des facteurs d'exclusion ou d'isolement sont autant de risques à prévenir.

La prévention vise à éviter les contaminations (prévention primaire), à en réduire les conséquences par une prise en charge adaptée (prévention secondaire) et, enfin, à en traiter les effets tels que l'exclusion et la discrimination (prévention tertiaire).

L'information

Le VIH n'est transmissible que dans des circonstances précises et connues. L'ensemble de la population est aujourd'hui relativement bien informé sur l'infection par le VIH et ses modes de transmission. Cependant certaines personnes restent à l'écart de ces informations pour des raisons d'ordre psychologique, social ou culturel. Par ailleurs, l'adoption et le maintien de comportements individuels de prévention doivent être soutenus par une information régulière.

Une bonne information contribue à éviter les craintes injustifiées et à susciter une attitude de responsabilisation. Les travailleurs sociaux ont un rôle d'information auprès des populations pour lesquelles ils interviennent. Cela suppose une bonne connaissance de l'infection par le VIH et de ses conséquences, ainsi que des limites de ses compétences. Dès que ces limites sont atteintes, l'orientation vers les partenaires que sont les équipes médicales, les consultations spécialisées, les associations, des travailleurs sociaux mieux informés, devient indispensable.

La recherche

Les essais thérapeutiques ont différents objectifs : améliorer l'usage des médicaments existants, étudier la tolérance d'un nouveau produit, rechercher son mécanisme d'action, définir les doses à employer, démontrer son efficacité dans une pathologie donnée par rapport à un traitement de référence. La participation active des patients est non seulement utile mais nécessaire au bon déroulement de ces essais.

L'existence d'une vaccination préventive permettrait aux personnes d'éviter la contamination quels que soient les risques pris. Ce serait un excellent moyen de prévention de l'épidémie, à condition qu'il soit accessible à tous. Dans le monde, plusieurs essais sont en cours pour tester l'innocuité, la tolérance et le niveau de réponse immunitaire de " candidats vaccins ".

Ces recherches ne doivent pas limiter les efforts actuels de prévention.

La prévention au cours des soins

Les soins dispensés à l'hôpital ou à domicile exigent des règles d'hygiène.

Il est recommandé de :

- se laver les mains avant et après les soins ;
- utiliser des gants quand il y a un contact avec le sang ou un liquide biologique ;
- mettre une blouse, un masque, en cas de risque de projection ;
- ne pas recapuchonner les aiguilles, ni rengainer les objets tranchants ;
- jeter le matériel à usage unique dans des récipients hermétiquement clos ;

- faire subir les procédés habituels de décontamination au matériel à usage multiple ;
- faire incinérer les déchets médicaux après les avoir placés dans des emballages adaptés.

Les soins dentaires présentent des risques minimes. La contamination ne pourrait avoir lieu entre deux patients que par la mise en contact de matériel non stérilisé et contaminé. Le port habituel des gants, masques et lunettes, permet d'assurer une bonne protection du chirurgien-dentiste.

Les soins mortuaires sont ceux pratiqués dans le cadre des maladies infectieuses. En structure hospitalière, la personne décédée doit être transférée vers la morgue enveloppée d'un drap imperméable. Au domicile, le corps doit être déposé dans un cercueil simple, immédiatement après le décès.

Vivre avec le virus

L'infection par le VIH peut non seulement affecter l'état de santé mais entraîner des changements fondamentaux dans le mode de vie de l'individu. La crainte de la stigmatisation, du rejet, pose la question du silence autour duquel risque de s'organiser un non-dit, accentuant pour certains leur isolement.

Les répercussions psychologiques

Bien souvent le diagnostic de séropositivité est entendu comme l'annonce d'une mort prochaine après une atteinte progressive du corps. Les répercussions importantes sur la vie sociale, professionnelle et affective peuvent entraîner une situation de rupture.

L'annonce de la séropositivité

Pour le couple, la découverte de la séropositivité de l'un d'eux entraîne les mêmes réactions individuelles mais qui s'inscrivent dans une relation complexe : suspicion, banalisation, haine, culpabilité, compassion... Cette découverte remet souvent en question l'équilibre du couple et peut entraîner une séparation.

Les réactions à l'annonce de la séropositivité sont aussi nombreuses que singulières et se caractérisent notamment par des manifestations d'angoisse, d'effondrement, voire d'excitation ou de déni. Certaines manifestations psychopathologiques peuvent nécessiter une prise en charge psychologique voire psychiatrique :

- " Épisodes dépressifs.
- " Troubles de conduite à type d'agitation anxieuse qui peuvent engendrer un passage à l'acte sous forme de comportements dits " à risques " :
 - recontamination par voie sexuelle ou toxicomaniaque ;
 - conduite de provocation sociale avec alcoolisation ;
 - désinsertion sociale impulsive ayant des répercussions socioprofessionnelles.
- Troubles de conduite à type d'inhibition pouvant aller jusqu'à un état de " sidération " psychique avec isolement social.

La découverte de l'infection peut être à l'origine d'une rupture brutale de l'équilibre de vie : perte du travail, du logement, des amis, de la famille. Ces situations de rupture sont souvent des manifestations du registre dépressif. Certaines personnes, déjà en situation de marginalité,

d'exclusion (toxicomanie, problèmes psychopathologiques) avant l'annonce de la séropositivité, peuvent connaître un renforcement de leurs fragilités.

Une rupture sociale

Paul, 32 ans, a été hospitalisé pour un bilan de santé après avoir appris sa séropositivité. Il est resté quelques jours à l'hôpital car il ne disposait d'aucune autre possibilité d'hébergement.

Paul a une petite fille et vivait maritalement. Cadre dans une grande entreprise parisienne, il avait toujours occupé cet emploi. La connaissance de sa séropositivité l'a fortement perturbé. Auparavant très précis et organisé, il ne s'occupait plus de ses affaires, n'envoyait pas ses arrêts de travail à temps et il a finalement perdu son travail pour cause d'abandon de poste. Complètement déprimé, il n'a pas cherché à se défendre contre son employeur. Voulant s'expliquer avec sa femme et lui parler de sa séropositivité " par souci d'honnêteté ", elle lui demande alors violemment de quitter le domicile. " J'étais effrayé par sa réaction... elle voulait tout dire à notre fille... je culpabilisais ". Alors, il a préféré partir.

À sa sortie de l'hôpital, il a été accueilli dans un centre d'hébergement. Bien que séropositif asymptomatique, Paul allait très mal. Au moment de son accueil, il adhérait au discours du travailleur social : " se reposer un peu, trouver un emploi, avoir des bulletins de salaire, se trouver un logement... ", mais aucun acte ne suivait.

" Vivre avec "

Pour certaines personnes contaminées, la volonté d'oublier l'infection est manifeste dans leur discours. La séropositivité représente un combat face à soi-même, il n'en demeure pas moins que certaines personnes ne peuvent, pour des motifs réactionnels ou structurels, gérer cette souffrance. Si celle-ci peut se verbaliser lors de l'accompagnement social, ces personnes doivent être orientées vers des professionnels spécialisés (psychothérapeutes, psychanalystes, psychiatres) qui évalueront la prise en charge nécessaire.

Les bilans médicaux ponctuent la vie de la personne. À chaque rendez-vous, la peur, voire l'angoisse, peut précéder la rencontre avec le médecin et l'attente des résultats d'analyse. La mise sous traitement, d'autant plus si la personne ne ressent aucun signe de maladie, est une étape particulière. Ce moment peut être vécu comme l'entrée dans la maladie. Certains peuvent aussi préférer garder une certaine distance quant aux investigations médicales, non par ignorance, mais pour préserver le plus longtemps possible une vie " normale ".

La vie quotidienne

De nombreuses personnes séropositives se demandent si elles doivent prendre des mesures particulières dans leur vie de tous les jours. Il convient donc aux travailleurs sociaux de savoir les informer sur les précautions à prendre. Cependant, l'infection par le VIH étant une source d'inquiétude en elle-même, il faut veiller à ne pas l'alimenter outre mesure, autant pour la personne séropositive que pour son entourage.

Contamination et recontamination

Toute personne séropositive devrait s'efforcer de prendre des précautions lors des rapports sexuels ou lors de pratiques toxicomaniaques, pour ne pas contaminer son partenaire également pour ne pas être de nouveau contaminé par le VIH. Les recontaminations par le VIH peuvent en effet favoriser une évolution rapide de l'infection.

Précautions dans la vie quotidienne

Sauf circonstances très exceptionnelles, aucun cas de contamination n'a été rapporté suite à des contacts de la vie quotidienne. Cependant, il convient de respecter quelques règles d'hygiène de base.

Bien que minime, le risque d'une contamination existe avec des ustensiles qui ont été en contact avec le sang ou les muqueuses d'une personne contaminée (brosse à dents, rasoir, thermomètre, etc.). Il convient donc de ne pas les partager ou de les désinfecter.

Le linge, les vêtements, la vaisselle ayant été utilisés par des personnes séropositives ne peuvent être à l'origine d'une contamination. Il n'y a pas de mesure particulière à prendre pour le linge ordinaire. Par mesure d'hygiène générale, le linge et les vêtements souillés (par des liquides biologiques, les selles, ou l'urine) doivent être lavés à 60° C pendant 30 minutes ou à basse température avec de l'eau de Javel.

La nutrition

L'amaigrissement est fréquent au cours de l'infection par le VIH. Il est dû en partie à la maladie elle-même. Certains traitements peuvent aussi entraîner des dégoûts, des nausées, des vomissements, qui provoquent un amaigrissement du malade. Dans certains cas, une mauvaise absorption est liée à l'état des muqueuses intestinales. Le risque est alors que des mécanismes d'affaiblissement s'enchaînent et se succèdent.

Une réduction de l'apport alimentaire peut également avoir une origine psychologique ou sociale : isolement, dépression, désintérêt pour la nourriture, diminution des ressources, désocialisation.

Le coût de l'alimentation dans un budget est important, l'assistant social doit en tenir compte.

La correction des troubles nutritionnels a une incidence importante sur la qualité de vie, l'image corporelle et la perception du bien-être des personnes. Elle permet de maintenir une autonomie et des liens sociaux. Pour les personnes en situation de précarité, il y a lieu de s'assurer que l'apport alimentaire de base est réalisé.

Un suivi régulier de l'alimentation par des diététiciens est souhaitable. Ceux-ci sont à même de donner des conseils appropriés et peuvent suggérer, par exemple, la prise d'aliments plus adaptés, des équivalences, voire même des produits diététiques enrichis en vitamines et en oligo-éléments. Certains de ces produits sont pris en charge par la Sécurité sociale, sur prescription médicale. Ce suivi peut être effectué en ville ou à l'hôpital mais également dans certaines associations de lutte contre le sida.

Le soutien des proches

Un minimum de " confort psychologique " est indispensable. Pouvoir parler de la séropositivité ou de la maladie, de sa vie intime, à une personne qui sait écouter, aide à lutter contre l'anxiété. Il est en effet difficile de faire face seul à la séropositivité ou à la maladie, , a fortiori lorsque s'y ajoutent des difficultés matérielles, familiales ou professionnelles. Le soutien de la famille et des amis représente un rôle fondamental dans l'équilibre de la personne.

Grossesse, maternité, enfance

Le désir d'enfant chez une femme séropositive ou dont le compagnon est séropositif peut avoir de multiples origines qui s'inscrivent dans le contexte de l'infection et d'une vie menacée.

La grossesse

Si le test de dépistage du VIH n'est pas obligatoire lors des examens prénuptiaux et prénataux, les textes officiels exigent néanmoins que le médecin en fasse systématiquement la proposition. Dans ces circonstances, très peu de femmes le refusent.

En France, les trois quarts des femmes séropositives enceintes connaissent leur séropositivité avant leur grossesse. Environ une femme séropositive enceinte sur deux décide de poursuivre sa grossesse.

Toutes les informations utiles à la décision d'interrompre ou de mener à terme une grossesse, doivent être données par les travailleurs sociaux avec le plus d'objectivité possible, en concertation avec les médecins et les psychologues. En dernier ressort, la décision revient à la femme ou au couple. L'interruption de grossesse peut être envisagée même après douze semaines d'aménorrhée. Un soutien psychologique de la femme et du couple est vivement souhaitable.

La naissance

Les enfants nés de mères séropositives sont tous séropositifs à la naissance mais ils ne sont pas tous contaminés par le VIH.

Le nouveau-né de mère séropositive ne présente en général aucune manifestation évidente : il a le même poids, le même aspect que n'importe quel autre bébé. Cependant, il a une particularité : il est séropositif aux tests utilisés pour le dépistage car il possède les anticorps que lui transmet sa mère de façon naturelle. Ces anticorps ont été fabriqués par elle pour lutter contre son propre virus et sont passés à travers le placenta dans le sang de l'enfant.

À la naissance, il est donc impossible de distinguer, à l'aide des tests habituels, les bébés infectés, porteurs de virus et ceux qui ne le sont pas car ils sont tous porteurs des anticorps maternels anti-VIH. Ces anticorps ne sont pas " contagieux ". Ils ne sont pas la cause mais la conséquence de la présence du virus dans l'organisme de la mère.

Le suivi de l'enfant

La famille est l'univers premier de l'enfant. Son milieu familial, au sens le plus large, est d'autant plus à prendre en compte que la maladie atteint un ou plusieurs de ses membres et peut créer une situation précaire.

Un enfant, né de mère séropositive, doit dès sa naissance être régulièrement suivi sur le plan médical dans différents lieux de soins : hôpital, consultations spécialisées. Des moyens de diagnostic précoce ont été recherchés et mis au point pour réduire au minimum la période d'incertitude, source d'une extrême angoisse chez les parents.

L'annonce de la contamination de l'enfant est un moment très douloureux, ressenti comme une violence psychique par la mère et l'entourage. Celle-ci peut alors avoir une tendance à l'isolement et risque d'établir une relation fusionnelle projective avec son bébé : " Il est comme moi et je veux le protéger ".

Si l'enfant n'est pas contaminé, la mère peut vivre cette annonce comme une nouvelle séparation, voire une seconde coupure du cordon ombilical. Elle peut se sentir différente de son enfant : " Il n'a pas le même sang ", avec toutes les conséquences psychiques que cela peut entraîner pour elle et son bébé. Le risque que la mère évite l'enfant, le tienne à l'écart, est à prendre en compte. Ce risque est d'autant plus grand que l'allaitement lui est médicalement déconseillé. Par ailleurs, cet enfant risque de vivre dans un milieu marqué par la maladie.

Les structures d'accueil de l'enfant

Au quotidien, l'enfant atteint d'infection par le VIH peut être accueilli dans une crèche, chez une assistante maternelle, dans un établissement scolaire ou un centre de vacances. Une vie collective normale, au milieu d'autres enfants, ne peut que lui être bénéfique.

Un enfant séropositif ne peut être refusé dans aucun établissement – crèche ou école – au seul motif de cette infection.

La circulaire ministérielle n° 92-194 du 29 juin 1992 relative à l'accueil des enfants porteurs du VIH dans les établissements scolaires rappelle les principes généraux des droits de l'enfant et de sa famille.

“ L'enfant porteur du VIH, au même titre que les enfants atteints de maladies chroniques, doit suivre une scolarité normale. Il convient, à cet effet, de prendre toutes mesures de nature à prévenir les réactions de discrimination susceptibles de s'exprimer à l'égard des enfants infectés par le VIH. Dans le contexte actuel du sida, l'éducation à la santé et la prévention des comportements à risque constituent le volet supplémentaire de la démarche ainsi engagée.

L'arrêté du 3 mai 1989 pris par le ministère de la Solidarité, de la Santé et de la Protection sociale a posé le principe de la non éviction scolaire des sujets porteurs du virus du sida. En aucun cas, l'admission à l'École ne sera subordonnée à la production du résultat d'un test biologique qui serait exigé des parents ou de l'école.

Dans le même esprit, il ne peut être demandé à la famille de spécifier le motif de la contre-indication liée à la vaccination par le BCG, qui, d'ailleurs, peut avoir d'autres origines que la séropositivité pour le VIH. À cet égard, le caractère confidentiel du carnet de santé et de tout document médical concernant l'enfant doit être rappelé à tous.

En dehors de l'enfant ou de l'adolescent lui-même, seuls les parents peuvent informer, s'ils le souhaitent, le chef d'établissement, le directeur d'école ou l'enseignant ayant en charge l'enfant, de sa séropositivité. De la même manière, ils peuvent en informer le médecin ou l'infirmière.

Le respect du secret médical est une obligation générale et absolue qui s'impose aux médecins et aux infirmières. Il importe, par ailleurs dans l'intérêt même de l'enfant, de rappeler l'obligation de discrétion professionnelle dont les enseignants doivent faire preuve pour tous les faits ou informations relatifs à la santé de l'enfant.

[...]

Certains enfants atteints de maladies chroniques, comme certains enfants porteurs du VIH doivent prendre des médicaments de façon régulière et prolongée. Ces traitements nécessitent parfois des prises orales quotidiennes, dont au moins une pendant le temps de présence des élèves à l'école. Les parents sont donc amenés à solliciter, dans certains cas, l'aide de l'enseignant.

Il paraît souhaitable que, pour ces enfants, l'école apporte son concours aux parents pour l'exécution des ordonnances médicales prescrivant un traitement par voie orale. C'est dans un climat d'échange et de confiance que les enseignants peuvent eux-mêmes donner, lorsque les

familles le demandent et sur prescription de leur médecin, des médicaments à ces enfants en cours de traitement. ”

Extraits de la circulaire ministérielle n° 92-194

Le logement

Pour les personnes malades, un logement, un hébergement assuré, représente un point de repère stable lorsque l'univers se fragilise, et facilite la prise en charge.

Un logement adapté

Avec l'évolution de l'infection par le VIH, le logement peut se révéler inadapté : logement en étage sans ascenseur, éloigné des commerces, des transports en commun, des lieux de soins ou des services publics, représentant un coût élevé pour la personne dont les ressources diminuent... Bien souvent, la personne désire conserver le plus longtemps possible son logement, en envisageant des soins à domicile. C'est pourquoi, il est souhaitable que cette question soit abordée au moment opportun, sachant que dans certaines régions, notamment en Ile-de-France, les délais d'obtention d'un logement social sont longs. Bien souvent, il est nécessaire de mettre en place un dispositif de soutien économique pour pallier à la diminution des revenus, à un endettement, et éviter ainsi une expulsion.

Loyer trop élevé

Mr B, 45 ans, travailleur indépendant, dans l'obligation de cesser son activité du fait de la maladie, se retrouve brutalement sans ressources. Il occupe un appartement, situé au 5^e étage sans ascenseur, dont le loyer s'élève à 4 900 F par mois. Une demande de logement social est effectuée dans le cadre du POPS en janvier, son dossier est instruit en mai, malgré le soutien du service social d'une association et du bureau d'aide sociale. Un logement lui est attribué en novembre. L'état de santé de Mr B ne lui permet plus d'envisager un changement de domicile. La solidarité associative ainsi que l'entourage de Mr B interviennent et le soutiennent afin de le maintenir dans son cadre de vie.

Un logement stable

Pour certaines personnes au parcours de vie douloureux ayant engendré des difficultés multiples (usage de drogue, errance...), le VIH ne fait qu'aggraver la “ galère ”, accentuer la rupture avec le tissu social et avec la vie elle-même. Si l'hébergement d'urgence permet aux personnes de “ se poser ”, de trouver un temps de répit, il est important d'envisager, après évaluation de la situation médico-psycho-sociale, un hébergement plus stable. Celui-ci permet au client :

- d'organiser son existence ;

- de retrouver des repères ;
- de penser un projet possible ;
- de trouver, ou retrouver, une certaine assurance et l'estime de soi.

L'activité professionnelle

L'entreprise est un univers organisé selon plusieurs modèles. La rentabilité et la productivité constituent, en général, un objectif premier. Dans ce cadre, il y a peu de place pour la maladie ou le handicap bien que ceux-ci soient pris en compte par le droit du travail.

Risques d'exclusion

L'infection par le VIH ne donne lieu à aucune législation particulière dans le Code du travail. Elle doit être considérée comme toute autre maladie.

Informé son milieu professionnel de sa séropositivité peut représenter un risque de rejet, voire de licenciement. Les représentations sociales de l'infection par le VIH sont chargées d'irrationalité. Le sida se retrouve, par excellence, porteur de phantasmes collectifs (mystère, tabous). Le manque d'informations, des malentendus, des représentations collectives se conjuguent pour entretenir ces phantasmes qui peuvent aller jusqu'à développer des craintes de contamination dans des lieux comme, par exemple, la cafétéria ou les toilettes.

L'emploi

La personne séropositive dont les défenses immunitaires diminuent, peut continuer à travailler car elle ne présente aucun risque – ni pour elle-même ni pour son entourage – dans les conditions normales de travail.

L'attente d'une entreprise à l'égard du salarié est son aptitude et sa compétence à tenir le poste qui lui est confié ainsi que la régularité de sa collaboration. Une personne séropositive est parfaitement apte à travailler.

Lorsque les symptômes apparaissent, les conséquences varient en fonction de chacun et du poste de travail occupé. Des arrêts de travail plus ou moins longs peuvent être nécessaires. Une personne atteinte du sida peut donc travailler durant les périodes où sa maladie et les traitements le permettent. Comme pour toute autre maladie, le cadre légal du droit du travail assure la protection du salarié qui doit s'absenter périodiquement.

“ L’antinomie fondamentale entre le sida et l’entreprise est d’importance. Le propre du sida est de détruire, la vocation de l’entreprise est de prospérer. Le sida nie tellement les principes d’ordre et de rationalité de l’entreprise que celle-ci peut réagir de manière démesurée ”.

Pierre Le Cohu

Pauvreté et précarité

De nombreuses personnes sont sans logis, sans emploi. Une partie croissante de la population ne participe pas à la vie économique et sociale et, de précarité en précarité, se retrouve dans une situation de non-droits. La pauvreté s’installe, les précarités augmentent. Les trajectoires qui mènent à la grande pauvreté sont multiples et complexes.

Les mécanismes qui conduisent à la pauvreté

Sous le mot de pauvreté, on retrouve les notions de basculement, de reproduction, d’exclusion :

- basculement, dû à des difficultés économiques, induit par la perte ou l’absence d’emploi ;
- reproduction, quand la situation actuelle semble s’inscrire dans une histoire personnelle et familiale (par exemple, les familles en zones caravanes, ayant pour seuls revenus les allocations familiales) ;
- exclusion, du fait de l’attitude de notre société et des politiques mises en place qui restent très frileuses dans leurs projets de promotion à l’égard des populations issues de la grande pauvreté. Les mesures prises ces dernières années visent davantage une insertion centrée sur l’économie et l’emploi que sur la lutte contre l’exclusion.

“ Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien être et ceux de sa famille. ”

Extrait de l’art. 25 de la Déclaration universelle des droits de l’homme (1948).

Les précarités

Multiplés et souvent durables les précarités ont, entre autres, pour origine :

- des revenus insuffisants et instables ;
- un logement intermittent, ou le manque total de toit ;
- un travail occasionnel, un chômage de longue durée ;

- une qualification professionnelle inexistante ;
- un état de santé précaire.

Ces situations ne permettent pas aux personnes de vivre décemment dans notre société, d'exercer leurs responsabilités et de faire valoir leurs droits.

Une enquête, réalisée par le Crédoc, au début de l'année 1995, pour un rapport du Conseil économique et social sur " l'évolution des politiques publiques de lutte contre la grande pauvreté ", met en évidence l'accumulation des précarités que connaissent ces personnes. Elle porte sur 800 cas en situation de pauvreté.

En référence aux cinq types de précarité dégagés ci-dessus :

- 16 % des personnes interrogées répondaient à une seule de ces situations ;
- 32 % en cumulaient deux ;
- 30 % en cumulaient trois ;
- 15 % en cumulaient quatre ;
- 3 % connaissaient les cinq situations ;
- seules 4 % d'entre elles ne se trouvaient pas en situation de précarité.

Les problèmes de logement et d'emploi sont les plus souvent nommés.

L'enquête du Crédoc identifie également des groupes sociaux particulièrement en difficulté : les jeunes isolés, sans travail, à la rue ou en centre d'hébergement ; les familles monoparentales, sans activité et sans logement ; les familles biparentales vivant en habitation de fortune.

À ces groupes, il convient d'ajouter les étrangers originaires de l'Afrique subsaharienne sans titre de séjour et sans droits. On constate en effet que leur fréquentation des lieux de soins et d'accueil s'accroît.

Le sida facteur d'exclusion

Dans ce contexte, le sida constitue un facteur supplémentaire d'exclusion. La plupart des personnes démunies, séropositives ou malades se trouve dans une souffrance à la fois somatique, sociale et psychologique qui entraîne souvent une rupture social avec l'environnement. Le sida aggrave ainsi les disparités et les inégalités sociales.

Le travailleur social doit être attentif aux situations de précarité que l'infection par le VIH peut générer et, lorsque la précarité précède la maladie, être attentif à ce que la séropositivité n'accroisse pas les difficultés du parcours personnel et social.

“ Les risques de contracter une maladie transmissible ne sont pas également répartis au sein de la population. L'identification des facteurs de vulnérabilité est un préalable indispensable à toute construction de programmes de prévention et de projets de soins et de traitement. [...] La vulnérabilité particulière des étrangers en situation irrégulière, des personnes en marginalité sociale, démunies, prostituées, exclues des réseaux de protection sociale, ne pose pas seulement des problèmes théoriques ; elle pose aussi d'authentiques problèmes pratiques, quotidiens, essentiels de la lutte contre l'épidémie de sida, de la prévention et de la prise en charge médicale et sociale. ”
Rapport Dormont, juin 1996.

L'engrenage des mécanismes

Julia, 28 ans, vit depuis sept ans avec Pierre qui a 34 ans. Celui-ci est séropositif, très probablement depuis huit ans. Il vient de l'apprendre après une hospitalisation. Il y a cinq ans, il a fondé une entreprise de peinture. Les charges sont importantes. Julia travaille depuis plusieurs années, son entreprise vient de déposer son bilan, elle se retrouve au chômage.

Après plusieurs hospitalisations de Pierre, la situation financière est catastrophique. Les chantiers que celui-ci avait négociés sont annulés. Les dettes s'accumulent. Pierre avait acheté son logement avec un crédit important. Banque, trésor public, fournisseurs, engagent des procédures judiciaires de recouvrement.

Julia vient d'apprendre sa propre séropositivité. Elle décide de soigner Pierre à domicile. Une expulsion du logement était envisagée au moment où le service social intervient.

Les droits

Dès le début de l'épidémie, des attitudes irrationnelles se traduisant par le rejet des personnes séropositives se sont manifestées. Certains pays ont pris des mesures atteignant les droits et les libertés de l'individu. De nombreuses personnes ont été exclues de leur travail, de leur lieu de vie, parfois du milieu scolaire. Le respect des droits fondamentaux est indispensable à la lutte contre le sida. C'est aussi reconnaître à tout citoyen sa dignité et sa responsabilité d'être humain.

Repères chronologiques

En France, la volonté des pouvoirs publics a toujours été de ne pas exclure de la société, les personnes atteintes par le VIH. L'aménagement des textes, la création de structures spécifiques ont paru nécessaires pour faire face aux problèmes particuliers soulevés par cette maladie.

La législation

La lutte contre les fléaux sociaux fait partie des missions du droit français (Livre III du Code de la santé publique). Depuis le 30 juillet 1987, ce livre comporte un titre VII intitulé : " Lutte contre l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ".

La première circulaire concernant l'infection par le VIH date du 20 juin 1983. Émise par la Direction générale de la santé (DGS), elle est relative à la prévention de la transmission du sida par transfusion sanguine : " Le sida pourrait être dû à un agent infectieux dont la transmission par le sang et les produits dérivés du sang a pu être suspectée mais non établie. "

Le 20 janvier 1988, paraît la circulaire n° 85 relative à la mise en place d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit.

Si des mesures ont été prises dans le domaine de la lutte contre le sida, il est important de préciser qu'aucune loi exclusivement consacrée au sida n'a été mise en place, de manière à éviter la stigmatisation des personnes contaminées. L'infection par le VIH relève de dispositions spécifiques et de la législation générale.

Les structures institutionnelles

En 1988, le plan national de lutte contre le sida adopté en Conseil des ministres retient quatre axes :

- l'information et la formation,
- le refus de l'exclusion,

- la prise en charge de la personne,
- l'incitation à la recherche.

À l'intérieur même des administrations du ministère de la Santé, sont mises en place la Division sida de la Direction générale de la santé (DGS) et la Mission sida de la Direction des hôpitaux (DH).

En 1989, ont été créés :

- l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS) dont les missions sont de coordonner et financer les recherches ;
- l'Agence française de lutte contre le sida (AFLS), ayant pour mission la prévention et l'information ; elle sera dissoute en 1994 – ses missions seront alors confiées à la DGS ;
- le Conseil national du sida (CNS) qui a pour mission de rendre un avis sur l'ensemble des problèmes posés par le sida et de présenter des propositions aux pouvoirs publics.

La lutte contre la discrimination

La loi du 12 juillet 1990, relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap, a renforcé une loi déjà existante concernant le racisme, les discriminations sexuelles ou religieuses. Une personne s'estimant victime d'une discrimination peut se constituer partie civile et demander à une association de défense des droits de soutenir sa plainte (notamment certaines associations de lutte contre le sida).

Le droit à la discrétion et au secret

Accepter un dépistage, se faire soigner ou se faire aider, reviennent souvent à parler de la maladie et de ce qu'elle révèle d'intime : sa sexualité, sa vie affective, sa vie sociale. Ces démarches, qui doivent être volontaires, demandent un climat de confiance qui ne peut être garanti que par la bonne application des principes du secret professionnel.

Le secret professionnel

Le respect du secret professionnel est un droit fondamental.

Les professions comme les médecins, les soignants, les travailleurs sociaux, les professions judiciaires (magistrats, avocats, policiers, experts) et certains fonctionnaires et agents de service public (inspecteurs du travail, membres des PTT) sont soumis à l'interdiction de divulguer des faits confidentiels appris dans l'exercice de leur profession, y compris après le décès des personnes. L'application du secret professionnel, parfois difficile à respecter, peut représenter un véritable " poids " pour le dépositaire, mais relève cependant d'une application obligatoire.

L'article 226-13 du Nouveau code pénal précise que " 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 francs d'amende. "

Il est complété par l'article 226-14 : " L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable :

1° À celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique.

2° Au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles de toute nature ont été commises. "

La pratique du " secret partagé " est tolérée lorsqu'elle s'effectue dans l'intérêt du patient et avec son accord. Cette notion n'a cependant pas d'existence juridique

Le droit du mineur

Un mineur peut entreprendre un test de dépistage dans un centre de dépistage anonyme et gratuit.

Le patient mineur peut consulter un médecin et faire un test de dépistage sans en informer son représentant légal. Le médecin, quant à lui, n'a aucun droit d'en informer celui-ci car il y aurait violation du secret professionnel. Cependant, si le patient doit bénéficier d'un traitement ou si son état de santé nécessite une hospitalisation, le médecin doit obtenir l'autorisation du représentant légal. Si celui-ci refuse le traitement, le mineur peut saisir le juge des enfants pour obtenir une mesure d'assistance éducative.

Droit du travail

L'accès à un emploi, ou le maintien dans un emploi est fondamental pour tout citoyen. Les personnes séropositives peuvent continuer à travailler et, avec les progrès thérapeutiques, les personnes malades peuvent garder leur emploi plus longtemps. Néanmoins, qu'elles soient salariées du secteur public ou privé, les personnes vivant avec le VIH se heurtent à des difficultés d'accès à l'emploi, ou d'adaptation du poste de travail.

L'embauche

Le Code du travail ne prévoit aucune législation particulière au sujet de l'infection par le VIH. Celle-ci doit être considérée au même titre que toute autre maladie.

Les discriminations à l'embauche sont réprimées pénalement. Un employeur ne peut refuser de recruter un candidat en raison de sa maladie, sauf si ce refus est fondé sur une inaptitude physique constatée par le médecin du travail (loi n° 90-602 du 12 décembre 1990). Il ne peut exiger un test de dépistage.

La séropositivité ne peut être un motif de refus d'admission à un emploi, à un concours ou à une titularisation.

Lors de l'embauche, outre les diplômes et les certificats de travail, l'employeur demande au salarié sa carte de Sécurité sociale. Il s'agit de lui communiquer la carte d'immatriculation et non celle d'affiliation (carte mauve contenant des informations confidentielles, notamment la prise en charge à 100 %).

Quelle attitude peut adopter un demandeur d'emploi qui se voit réclamer un certificat de séronégativité et qui souhaite s'y opposer même en étant séronégatif ? Sera-t-il recruté ?

Les arrêts maladie et leurs conséquences

L'apparition de symptômes peut entraîner des absences du poste de travail. Celles-ci doivent faire l'objet d'arrêts maladie signalés à l'employeur et à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) sous quarante-huit heures. Une absence injustifiée peut avoir des conséquences graves (rupture de versement des indemnités journalières).

Dans le cas d'une absence excédant vingt et un jours, une visite médicale doit avoir lieu lors de la reprise du travail. Le refus de s'y soumettre peut constituer une cause de licenciement.

Suite à un arrêt maladie, le médecin du travail, en accord avec le médecin de la Sécurité sociale et l'employeur, peut proposer au salarié une reprise progressive de l'activité professionnelle dans le cadre du mi-temps thérapeutique (plus exactement le temps partiel à caractère thérapeutique). Cette mesure est limitée à un an maximum (art. L 323-3, R 323-1 du Code de la Sécurité sociale). Les indemnités journalières complètent le salaire versé par l'employeur.

Si l'état de santé du salarié ne lui permet plus d'accomplir sa tâche professionnelle, le médecin du travail peut être amené à préconiser une adaptation du poste. Il s'agit alors d'un reclassement professionnel. Toutefois, il est recommandé d'être vigilant afin que ce reclassement ne se transforme pas en "déclassement".

Si la reprise de l'activité professionnelle n'est pas envisageable, les assurés sociaux âgés de moins de 60 ans peuvent percevoir une pension d'invalidité (1^{re} ou 2^e catégorie).

Le médecin du travail

Le rôle du médecin du travail est prépondérant et cependant les personnes séropositives semblent réservées à son égard. La loi antidiscrimination du 12 juillet 1990 précise que : “ Tant à l’embauche que pendant la durée du contrat, personne ne peut être discriminé du fait d’une maladie ou d’un handicap, sauf à ce que cette maladie ou handicap rende inapte à l’exercice du travail pour lequel on a été embauché ”.

Le médecin du travail est de ce fait, seul juge de l’aptitude ou de l’inaptitude au travail du salarié, il peut proposer un aménagement du temps de travail, une affectation à un autre poste. Étant assujetti au secret professionnel, le médecin du travail ne peut en aucun cas transmettre d’informations confidentielles à l’employeur (en dehors des accidents du travail et des maladies professionnelles).

Le licenciement

Il ne peut y avoir de licenciement au seul motif de la séropositivité, pas plus que pour des raisons de jugement de mode de vie que la connaissance d’une séropositivité pourrait entraîner. Il s’agirait alors d’un acte de discrimination. En cas de contestation de la légitimité d’un licenciement, le salarié doit saisir l’inspecteur du travail (Code du travail, art. 122-14-3).

La nature ou la gravité de la maladie ne peut constituer à elle seule un motif de licenciement, néanmoins, si un employeur a l’intention de licencier un salarié, il peut invoquer que l’absence du salarié perturbe la bonne marche de l’entreprise (motif qu’il doit justifier).

Le licenciement abusif, renforce la fragilité psychologique des personnes séropositives, de ce fait elles n’utilisent pas, pour la plupart, les droits de recours auxquelles elles peuvent avoir accès mais qui représentent des démarches longues et souvent douloureuses.

Développer l’information dans les milieux professionnels, dialoguer, communiquer, demeure le moyen le plus sûr de lutter contre l’exclusion, de lutter contre la discrimination.

Les assurances

De nombreuses personnes atteintes par le VIH rencontrent des difficultés à souscrire des assurances vie-décès malgré l’existence de la convention signée le 3 septembre 1991 entre les pouvoirs publics et les représentants des entreprises d’assurances.

Prêts immobiliers ou professionnels

La convention du 3 septembre 1991 permet aux personnes séropositives de souscrire l'assurance décès requise dans le cadre des prêts immobiliers ou professionnels, moyennant surprime. Le montant du prêt ne peut excéder un million de francs, pour une durée maximale de dix ans.

Les informations relatives à l'état de santé

Tout problème relatif à un dossier d'assurance peut être signalé aux associations de lutte contre le sida et au : Comité de suivi " Assurance et sida " Commission de la sécurité des consommateurs

Tour de Lyon

185, rue de Bercy

75012 Paris

Les informations relatives à l'état de santé sont soumises aux principes de confidentialité. Un questionnaire médical est rempli par l'assuré puis est transmis au médecin de la société d'assurance qui est lui-même tenu au secret professionnel.

Les compagnies d'assurances se sont engagées à ne faire aucune référence à la vie privée et à ne poser que deux questions relatives au VIH :

- avez-vous subi un test de dépistage de la séropositivité ? (si oui indiquez le résultat du test et sa date) ;
- avez-vous eu une infection consécutive d'une immunodéficience acquise ?

Ces dispositions relatives aux informations médicales sont applicables à l'ensemble des contrats nécessitant un contrôle de l'état de santé (complémentaire maladie, assurance des emprunteurs...).

Cependant, l'article 225-1 du Nouveau code pénal précise : " Constitue une discrimination toute distinction opérée entre les personnes physiques à raison de leur origine, de leur sexe, [...] de leur état de santé [...] ". Mais il est rendu caduque par l'art. 225-3 : " Les dispositions ne sont pas applicables aux discriminations fondées sur l'état de santé, lorsqu'elles consistent en des opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès [...] ". "

La protection sociale

La séropositivité n'est pas en soi une maladie, mais un état impliquant la perspective d'une maladie. Il est important de protéger les droits fondamentaux, de se maintenir en position de " veille sociale " pour lutter contre le renforcement des précarités et la perte de la dignité qu'elles peuvent engendrer.

L'accès au droit

L'accès aux droits sociaux est conditionné :

- soit à une cotisation obligatoire dépendant de l'activité professionnelle ;
- soit à une adhésion au régime d'assurance personnelle ;
- soit à une situation particulière : chômeurs indemnisés, personnes en périodes de maintien de droit, certains allocataires ou pensionnés d'invalidité, stagiaires en formation, appelés libérés du contingent, ex-détenus, etc. ;
- soit à titre d'ayant droit d'un assuré social.

Les personnes non assujetties à un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent cotiser à l'assurance personnelle. Le montant de la cotisation est évalué en fonction des revenus et peut être pris en charge par l'aide sociale (la demande, notamment pour les jeunes de moins de 25 ans, est à effectuer auprès du CCAS du domicile).

La loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 étend la notion d'ayant droit aux personnes vivant depuis au moins un an avec l'assuré, à la charge effective et permanente de celui-ci, et ne bénéficiant d'aucune couverture sociale. Une attestation sur l'honneur, cosignée, est à adresser au centre de Sécurité sociale dont dépend l'assuré.

La prise en charge à 100 %

La carte d'assuré social

La prise en charge à 100 % au titre d'une ALD, figure sur la carte d'assuré social. Ces informations sont confidentielles et ne concernent ni les employeurs ni l'ANPE. Pour justifier de la qualité d'assuré social, la caisse de Sécurité sociale peut délivrer une carte d'immatriculation (ou une attestation). La circulaire DGR n°43/93 ENSM 18/93 du 28 avril 1993 précise que les CPAM doivent délivrer, sans difficulté, ces attestations.

Depuis 1986, le sida est inscrit au tableau des affections longue durée (ALD) (décret n° 86-1380 du 31/12/86) et depuis mars 1993, toute personne séropositive ou malade peut bénéficier d'une prise en charge à 100 % si ses droits sont ouverts.

Cette mesure, impliquant l'exonération du ticket modérateur, n'est relative qu'aux soins liés à l'infection. Il est recommandé de conserver une mutuelle. En cas d'hospitalisation, le forfait journalier reste à la charge de l'assuré ou de sa mutuelle. Si le patient n'en bénéficie pas, l'aide sociale peut intervenir sous conditions de ressources.

Durant leur grossesse, les femmes enceintes séropositives bénéficient, si elles le souhaitent, de la prise en charge à 100 %, tout comme leurs enfants jusqu'au deuxième anniversaire.

La demande de prise en charge à 100 % est effectuée par le médecin traitant. Environ, un mois après la demande, l'assuré reçoit un jeu d'étiquettes qu'il utilisera à chaque consultation, examen ou achat de médicaments. Le renouvellement des étiquettes nécessite environ trois semaines aussi est-il recommandé de la prévoir. Sans étiquettes, l'assuré devra faire l'avance du ticket modérateur, ce qui peut poser des difficultés financières au patient dont les ressources sont modestes.

Le maintien des droits sociaux

Un salarié atteint d'une ALD peut percevoir des indemnités journalières durant trois ans au maximum. Au-delà de cette période, et si la reprise de son activité professionnelle est compromise du fait de son état de santé, la personne peut prétendre, sous certaines conditions, à une pension d'invalidité. Dans le cas contraire, une demande de RMI ou d'allocation adulte handicapé (AAH) peut être envisagée.

En cas de cessation d'activité, les droits sociaux sont maintenus durant une période de douze mois. Les périodes de chômage indemnisé prolongent les droits au même titre qu'une activité salariée.

Cependant, le travailleur social devra rester très vigilant afin d'éviter que l'assuré ne soit confronté à une rupture de droits sociaux ou à une absence

totale de ressources. En effet, bien avant la fin du maintien des droits, la nouvelle couverture sociale, les revenus de substitution (AAH, RMI), doivent être envisagés, compte tenu des délais d'attente.

La pension d'invalidité

Une pension d'invalidité peut être versée à l'assuré lorsqu'il a épuisé ses droits aux indemnités journalières (au-delà des trois ans de prise en charge) ou plutôt, si son état de santé est considéré par le médecin-conseil de la Sécurité sociale comme étant stabilisé.

Le Fonds national de solidarité peut compléter la pension si le montant de celle-ci est insuffisant.

L'aide sociale

L'aide sociale relève de la solidarité nationale mais les conditions pour y accéder sont fixées par les départements. Elle intervient en faveur de toute personne démunie, dont les ressources ne permettent pas de subvenir à ses besoins. Il est donc nécessaire d'en informer les personnes concernées dès leur premier contact avec une structure de soins lors de l'accueil.

L'aide médicale

L'aide médicale à domicile permet aux patients de bénéficier durant un an, renouvelable, de consultations médicales, d'examens, d'analyses et de médicaments. Le praticien doit être conventionné par l'aide sociale. Une demande particulière doit être effectuée pour les prothèses, les appareillages et le transport en ambulance.

Les délais d'attribution sont généralement longs (environ 4 mois) mais une procédure d'urgence peut être attribuée pour cause de maladie. En cas de refus de l'aide sociale, le demandeur bénéficie d'un délai de deux mois pour faire appel.

Les demandes d'aide sociale doivent être instruites sans aucune exception et ne peuvent faire l'objet d'un refus d'instruction par un quelconque guichet (circ. du ministère des Affaires sociales, n° 9508 du 21 mars 1995 relative à l'accès aux soins des personnes les plus démunies).

L'aide médicale hospitalière

Attribuée en fonction des ressources du demandeur, peut couvrir les frais d'hospitalisation, le ticket modérateur, le forfait journalier et également les prescriptions délivrées en consultation externe. La demande doit être impérativement effectuée au moment de l'hospitalisation, aucune demande de prise en charge rétroactive ne sera prise en compte. Les touristes peuvent bénéficier de l'aide médicale hospitalière en urgence.

L'aide médicale

permet la prise en charge de tous les frais de soins, du ticket modérateur, du forfait hospitalier, elle est accessible à toute personne résidant en France et quelle que soit sa situation administrative. Elle s'obtient auprès du CCAS de la mairie dont dépend le demandeur.

L'allocation adulte handicapé

L'allocation adulte handicapé (AAH) est attribuée aux personnes bénéficiant de revenus modestes, âgées de plus de vingt ans (ou plus de 16 ans si le demandeur n'est plus à la charge de ses parents) et dont le taux d'incapacité permanente est au moins égal à 50 %.

La demande comporte deux volets (administratif et médical) qui doivent impérativement être instruits simultanément pour limiter le ralentissement de la procédure. Le dossier est à adresser au médecin de la Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel (Cotorep). Celle-ci détermine le taux d'invalidité et transmet ensuite le dossier à la caisse d'allocations familiales ou à la mutualité sociale agricole, qui assurent le paiement de l'AAH. Le demandeur doit être de nationalité française ou ressortissant d'un pays de l'Union européenne, ou réfugié ou apatride ou ressortissant d'un pays ayant passé une convention avec la France.

L'AAH ouvre le droit à l'Assurance maladie et à l'allocation logement. Elle est versée mensuellement par la CAF ou la MSA. Les bénéficiaires de l'AAH dont l'état de santé nécessite l'aide constante d'une tierce personne peut percevoir une allocation compensatrice, gérée par l'aide sociale.

Lorsque l'assistant social propose à son client d'effectuer une demande d'allocation adulte handicapé, il lui faut appréhender cette situation avec délicatesse compte tenu des répercussions psychologiques que provoque la notion de " handicapé ".

L'allocation d'éducation spéciale

Versée par la caisse d'allocations familiales, l'allocation d'éducation spéciale (AES) soutient financièrement les familles, ayant à leur charge un enfant handicapé âgé de moins de vingt ans, afin de permettre le maintien de l'enfant à domicile.

L'imprimé de la demande d'allocation est à retirer soit auprès de la commission départementale de l'éducation spéciale soit auprès de la caisse d'allocations familiales.

Le revenu minimum d'insertion

Le RMI est une prestation sociale qui ouvre un double droit : au revenu minimum et à l'insertion sociale et professionnelle. Cette dernière est définie dans le cadre d'un contrat, prévu par la loi, entre les intéressés et la commission locale d'insertion (CLI).

Ce dispositif permet aux personnes de plus de vingt-cinq ans (ou moins si elles ont des enfants à charge), résidant en France, de nationalité française ou étrangère mais titulaires d'un titre de séjour, de bénéficier du minimum vital. Les personnes sans domicile fixe peuvent solliciter une association agréée pour leur domiciliation.

Le RMI ouvre des droits à l'allocation logement et à la couverture sociale (pour le demandeur et ses ayants droit). Dans le cadre du plan pauvreté précarité, les bénéficiaires du RMI peuvent obtenir une aide minimale pour les fournitures d'eau et d'énergie.

La loi prévoit que les allocataires s'engagent à participer à des actions d'insertion sociale ou professionnelle qu'ils définissent lors de la signature du contrat, par exemple s'inscrire dans une dynamique de soins, bénéficier d'un accompagnement social.

Le droit au logement

Etre logé, avoir un toit, constitue un besoin fondamental, un droit, qui revêt un caractère essentiel pour tout citoyen.

Le logement social

Si les démarches pour effectuer une demande de logement social ne sont pas très complexes, les délais d'attente sont longs, trop longs pour une personne dont l'état de santé peut se fragiliser très rapidement.

Les critères d'octroi d'un logement social sont insuffisamment adaptés au contexte de la maladie et surtout de la précarité sociale dans laquelle vivent de plus en plus de personnes. L'insertion professionnelle est souvent exigée et ne correspond guère à la situation réelle de certains patients qui ne sont plus ou pas encore, en mesure de s'inscrire dans une démarche d'insertion professionnelle.

La demande de logement doit être traitée par les services concernés en tenant compte de l'urgence médicale et en préservant la confidentialité. Il est nécessaire que le travailleur social puisse avoir un interlocuteur privilégié sensibilisé à l'aspect social de la situation. Il faut en moyenne un an pour qu'une demande de logement social aboutisse.

Sans domicile fixe

Mr A, 35 ans, sans domicile fixe depuis quatre ans, sollicite une structure associative, en septembre 1995, pour l'aider à résoudre son problème d'hébergement. Séropositif, il est à la rue après plusieurs séjours à l'hôpital et en maison de convalescence. Dans un premier temps, il lui est proposé un hébergement en hôtel, puis un mois plus tard, un studio que l'association lui sous-loue. Parallèlement, une demande de logement social est effectuée.

Si Mr A présente une vulnérabilité importante du fait de son histoire personnelle et de son errance, dont il a gardé le traumatisme, il a su peu à peu améliorer sa socialisation, et intensifier les liens avec sa famille. Un cadre structurant et stable enrichi d'une relation de confiance avec les intervenants de l'association (assistant social et médecin) lui ont permis de retrouver une identité sociale et une véritable fonction paternelle, notamment en accueillant ses enfants chez lui.

Les centres d'hébergement et de réadaptation sociale

Accessibles à toute personne en difficulté selon des critères définis, " l'admission en CHRS n'est pas soumise à une condition de régularité de séjour en France " (art. 186 du Code de la famille et de l'aide sociale). Ces structures ont un rôle très important dans l'accompagnement des personnes en grande difficulté. Bien que n'ayant pas de vocation médicale, certains centres ont su adapter leurs locaux, former leur personnel à la prise en charge des personnes séropositives, d'autres ont mis en place des programmes d'accueil en appartements de coordination thérapeutiques destinés à l'accueil des personnes malades (circ. n° 65 du 17 août 1994). Ils sont ouverts aux services de soins à domicile, à l'hospitalisation à domicile et accueillent les personnes en fin de vie.

Face au phénomène de précarisation de la société urbaine, aux demandes croissantes de logements, du fait de l'inadaptation des dispositifs existant en matière de logement (délais

d'attente, critères d'octroi), et la saturation de certains CHRS, certaines associations ont mis en place des actions dans le domaine de l'hébergement afin de limiter les situations de rupture sociale.

Droits des personnes étrangères

Par méconnaissance de leurs droits, ou par peur de dénonciation ou de reconduite à la frontière, les personnes " sans papiers " ne sollicitent pas l'aide médicale. Elles se retrouvent souvent dans des situations très dégradées qui accentuent leur fragilité et leur précarité sociale. Les personnes possédant un titre de séjour provisoire ou demandeurs d'asile se voient parfois refuser l'accès à l'hôpital ou à l'aide médicale, ce qui est pourtant contraire à la législation.

L'article 186 du Code de la famille

L'article 186 du Code de la famille et de l'aide sociale précise que l'aide médicale est accessible, en droit, à toute personne quelle que soit sa situation administrative (alinéas 1, 2, 3), certaines dispositions sont réservées aux personnes en situation administrative régulière (alinéas 4 et 5).

Article 186 du Code de la famille

“ Les personnes de nationalité étrangère bénéficient dans les conditions prévues aux titres II, III et III bis :

- 1) des prestations d'aide sociale à l'enfance ;
- 2) de l'aide sociale en cas d'admission dans un centre d'hébergement et de réadaptation sociale ;
- 3) de l'aide médicale en cas de soins dispensés par un établissement de santé ou de prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe ;
- 4) de l'aide médicale à domicile, à condition qu'elles justifient soit d'un titre exigé des personnes de nationalité étrangère pour séjourner régulièrement en France, soit d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins trois ans ;
- 5) des allocations aux personnes âgées et aux infirmes prévues aux articles 158 et 160, à condition qu'ils justifient d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins quinze ans avant soixante-dix ans. ”

Les demandeurs d'asile

Pièces à fournir pour l'ouverture des droits :

– un récépissé de la préfecture portant la mention “ constatant le dépôt d'une demande de statut de réfugié ” ;

- un reçu de dépôt du dossier délivré par l'OFPRA ;
- une notification des Assedic ;
- un talon de versement de l'allocation d'insertion versée par les Assedic.

Les demandeurs d'asile

Les demandeurs d'asile sont confrontés à des difficultés administratives complexes et ignorent souvent leurs droits à l'assurance maladie-maternité, à l'aide médicale hospitalière, à l'aide médicale à domicile.

Un demandeur d'asile, s'il peut, en droit, accéder aux dispositifs de soins, ne peut toutefois ni travailler ni prétendre à d'autres droits sociaux.

L'autorisation de séjour pour soins

Lorsque la demande d'asile est rejetée par l'OFPRA et confirmée par la Commission de recours des réfugiés, la personne considérée comme déboutée se trouve en situation irrégulière bien qu'une procédure de réouverture du dossier puisse être mise en place, après accord de la préfecture.

Dans le cas des étrangers séropositifs ou malades, la préfecture de leur domicile peut leur délivrer une autorisation de séjour pour soins. En général, elles sont valables trois mois et renouvelables. Il s'agit là encore d'un parcours complexe. Il est conseillé d'accompagner la personne dans ses démarches. Ne pas hésiter à solliciter les associations concernées qui pourront apporter des éléments précis sur la procédure à suivre.

Le travail social

Les professionnels ont acquis les connaissances fondamentales du travail social dans la préparation de leur diplôme. Celles-ci sont utilisées dans leur pratique quotidienne. Dans le domaine du sida, les modalités d'intervention sociale supposent de reprendre plusieurs éléments essentiels qui déterminent les conditions de l'exercice professionnel, et de rappeler les positions éthiques et déontologiques.

Rappel de l'objet et du savoir

Les professions sociales ont évolué en s'enrichissant de courants idéologiques différents et d'un processus de professionnalisation qui s'est constitué à partir d'un certain nombre de conditions.

La délimitation d'un objet

Toute profession a nécessairement un objet défini qui précise, à la fois, les finalités de l'action et/ou les domaines d'intervention. Le travailleur social est confronté à la réalité par les demandes de la population – réalité dynamique – en mouvance constante. Ses interventions visent à produire, à susciter ou à renforcer des changements préalablement définis avec les personnes sur différents plans et principalement :

- dans les relations interpersonnelles, par rapport à la situation matérielle des individus, des familles et des groupes ;
- auprès des organismes qui prennent en charge les usagers ;
- dans le cadre de la législation sociale.

La constitution d'un savoir

Alliant des composantes théoriques, techniques, méthodologiques, ce savoir s'élabore à partir du droit (droit civil, social, constitutionnel, administratif, pénal), et à partir des éclairages apportés par les sciences humaines (psychologie, sociologie, anthropologie), par l'économie, etc. Il s'enrichit également grâce à la pratique, au savoir-faire, à la formation continue, aux travaux de recherche ainsi que de l'expérience vécue par les usagers.

La mise en oeuvre

À partir de la compréhension qu'il a des dynamiques sociales et personnelles dans lesquelles se trouvent les individus et les groupes (familiaux ou autres) qui s'adressent à lui, le travailleur social doit définir et proposer des objectifs précis en termes de changements et de moyens à mettre en place.

Cette mise en œuvre s'effectue selon un certain nombre de valeurs et de méthodes qui définissent l'identité de la profession et son univers éthique, selon un mode de fonctionnement spécifique qui détermine l'organisation du travail.

La reconnaissance

La reconnaissance est assurée :

- par la légitimité du champ d'intervention et par les compétences des intervenants que garantissent les diplômes délivrés (DEAS, DEES, DSTS...) ;
- par le droit d'exercer ce travail dans les institutions sanitaires et sociales du secteur public et privé (la loi de 1945 rend obligatoire la possession du diplôme d'état d'assistant social pour exercer) ;
- par le statut de salarié dont bénéficient les professionnels, qui s'inscrit le plus souvent dans une convention collective précisant les missions et les types de responsabilités confiées (par exemple, convention de 1966).

La complexité des interventions

Les actions du travailleur social s'inscrivent à l'intersection des demandes et projets liés aux situations spécifiques des personnes et des orientations définies par les politiques et les institutions sociales.

La " triangulation " met en évidence la complexité de chaque intervention entre l'utilisateur, les missions des institutions, et le projet du travailleur social. Chaque acte professionnel se joue dans cette articulation.

L'éthique des travailleurs sociaux

Dans les représentations qu'ils se font de la maladie, les professionnels n'échappent pas à certaines interprétations péjoratives. L'ampleur des résonances de l'épidémie exige des travailleurs sociaux une certaine distance.

L'éthique

L'éthique conduit à l'élaboration de valeurs, de croyances, d'un idéal à atteindre. C'est cet idéal qui donne un sens, une raison d'être, une signification à toute activité humaine. L'éthique définit les concepts de personne, de liberté et de morale. Elle traite des rapports entre la volonté et la finalité des actes en général. Des philosophes comme Paul Ricoeur et Emmanuel Lévinas apportent des éléments qui nous mettent en garde contre la banalisation de ce terme.

Les assistants sociaux ont organisé, dès l'origine de leur profession, une réflexion sur leur pratique quotidienne. Ils ont su établir les concordances, les oppositions, les points communs entre éthique professionnelle et morale personnelle.

Face aux problèmes éthiques et légaux posés par l'infection par le VIH, il s'agit d'être particulièrement vigilant, afin que l'aspect émotionnel ne l'emporte pas sur la raison.

Repère dans l'histoire

En 1932, dès la création du brevet de capacité professionnelle d'assistante sociale (qui deviendra le diplôme d'état d'assistante sociale – DEAS – en 1946), se manifeste la préoccupation d'une morale professionnelle, à partir de deux courants intégrés aussi bien en théorie qu'en pratique : l'humanisme laïque et les mouvements confessionnels. Un objectif professionnel commun se dessine alors, dans le respect de la personne : lutte contre la misère, volonté de réparer les injustices, accès aux droits.

En 1946, la loi sur le secret professionnel fait obligation de ne pas divulguer les faits confidentiels appris dans l'exercice de la profession.

En 1947, est élaboré le Code de déontologie des assistants sociaux, aboutissement logique de l'évolution antérieure. Les règles qui sont établies marquent le profond respect de l'homme en tant que personne, la recherche de sa participation, l'observation du secret. Il ne s'agit pas de se substituer aux responsabilités des personnes et des groupes, mais de leur offrir des compétences comme des moyens de promotion individuelle et collective.

Le secret professionnel

- Code civil : art. 9 (loi du 17 juillet 1970) sur le respect de la vie privée.
- Code de la famille et de l'aide sociale : art. 218 (J.O. du 20 janvier 1991 sur les conditions d'exercice de la profession) et art. 229.

Nouveau code pénal : art. 226-13 sur le respect du secret professionnel ; art. 226-14 sur les dérogations légales (J.O. du 23 juillet 1992).

- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Dès les années soixante, 60 % des assistants sociaux deviennent fonctionnaires et, de ce fait, les pouvoirs publics vont influencer de façon déterminante le service social : l'éthique professionnelle s'ouvre à l'idée que l'homme et son environnement social sont liés et ne peuvent progresser l'un sans l'autre. Au cours de cette décennie apparaissent les termes de travail social et de travailleur social qui englobent les professions suivantes, auxquelles correspond un diplôme

d'État : assistant social, éducateur spécialisé, éducateur de jeunes enfants, conseillère en économie sociale et familiale.

Les travailleurs sociaux sont tenus au respect du secret professionnel. De par leur profession et leurs fonctions , ils sont amenés à détenir des informations confiées par les usagers, sur leur vie personnelle, familiale et sociale. Cette obligation s'étend aux éléments entendus et compris par les professionnels, même à l'insu de la personne.

Dans les années soixante-dix, idéologie et éthique s'entrechoquent. Des confusions apparaissent avec parfois même un rejet de la déontologie.

Les années quatre-vingt voient le déclin des idéologies. Les grands problèmes sociaux resurgissent avec la " nouvelle pauvreté ". La démarche sociale redevient plus pragmatique. La décentralisation se met en place, renforcée par les programmes d'actions prioritaires et par d'autres missions qui induisent des pratiques professionnelles plus interventionnistes, plus techniques. Le travail social ne trouve pas toujours " sens " à ces interventions. Les méthodes, les techniques ne suffisent pas, des finalités sont à construire.

Déontologie : ensemble des règles acceptées, et généralement codifiées, mises en œuvre en commun par une profession.

Les années quatre-vingt-dix vont confronter les travailleurs sociaux aux questions liées à la loi sur le RMI, à l'insertion sociale et professionnelle de populations de plus en plus en difficultés. Ils sont impliqués dans les missions départementales. Les problèmes d'enfants en danger, les modifications du Code pénal, réactivent les questions d'éthique, de déontologie et de secret professionnel. Des colloques, des séminaires, des publications ont souligné l'importance de ces questions.

De nos jours, l'action se veut performante à tout prix et se dote d'outils méthodologiques et techniques. Les mentalités ont tendance à suivre. Face à une mentalité technique dominante, il ne faut pas perdre de vue le sens des interventions. Le questionnement éthique est indissociable d'une interrogation sur le sens du " faire ". Ce questionnement doit être permanent. Le travailleur social doit, aujourd'hui, élaborer ses finalités professionnelles dans sa relation à autrui, prendre en compte la réalité des personnes, dépasser les évaluations classiques. Chaque intervention requiert du travailleur social un repérage à la fois sur ses capacités personnelles pour gérer la situation et sur ses capacités professionnelles pour se doter de règles de conduite pour agir. Il n'y a pas seulement une éthique de fin, il y a aussi une éthique de moyens.

Construction d'une éthique

En travail social, vouloir que la " liberté " de l'autre soit effective implique de prendre en compte :

- la personne, en tant que telle : respect de sa singularité, de son autodétermination, recherche de sa libre adhésion aux actions proposées, valorisation de ses potentialités ;
- des conditions de vie permettant à cette “ liberté ” de s’exercer : recherche de la création des éléments nécessaires pour améliorer les situations, pour faire des choix ;

Le Code de déontologie des assistants sociaux, mis en place dès 1947, révisé à nouveau lors de l’assemblée générale de l’ANAS (Association nationale des assistants sociaux) en 1994, s’appuie sur la Déclaration universelle des droits de l’homme, sur les conventions internationales et sur les textes législatifs en vigueur en France. Il aborde les devoirs envers les usagers, les employeurs, les collègues et l’ensemble de la profession.

- des limites de la “ liberté ” : lorsqu’il y a maltraitance, transgression des lois.

Les travailleurs sociaux ont à prendre en compte la double nécessité d’être au service des usagers et d’être agents des organisations dans le cadre de missions de service public.

Des valeurs essentielles

Le client, l’usager : ces termes désignent toute personne qui fait appel aux prestations d’un service social, ils sous-entendent une démarche active de la personne et une exigence de qualité pour le prestataire.

Dans la relation individuelle avec l’usager, le travailleur social doit garder à l’esprit les valeurs qui pourront garantir la liberté et la responsabilité de l’usager.

- Autonomie – autodétermination : au-delà de la situation de dépendance circonstancielle et provisoire, il s’agit pour le client de garder ses capacités d’autonomie et de responsabilité. Sa participation active aux décisions, ses choix de vie restent de son ressort exclusif.
- Confiance et respect de l’autre : respecter la personne, en tant que telle, est indispensable : respect de son autodétermination, de sa souffrance, respect de son intégrité et de sa dignité, de ses opinions, de ses croyances, de sa culture, de ses choix de vie ; recherche de sa libre adhésion aux actions proposées, valorisation de ses potentialités. Il est important de comprendre l’usager tel qu’il est et non tel que l’on souhaiterait qu’il soit.
- Confidentialité et discrétion : la confidentialité d’un diagnostic médical relève du secret professionnel. Celui-ci ne peut être transgressé. Les travailleurs sociaux ne peuvent aller à l’encontre de la décision des personnes qui veulent garder le secret sur leur infection ou celle d’une personne de leur entourage, y compris après leur décès.

La discrétion du travailleur social s’étend au-delà des questions du secret professionnel, légal et absolu. Cette discrétion doit s’appliquer lorsqu’il s’agit d’informer, de faire participer

étroitement les personnes liées à la décision, de divulguer des informations à l'extérieur pour obtenir, par exemple, des aides matérielles nécessaires.

Peut-on , en conclusion, penser que ses compétences et la maîtrise qu'il peut en avoir sont suffisantes pour soutenir le travailleur social dans sa rencontre avec le client ? Pouvoir entendre l'autre dans son dire... se laisser aller à l'écoute en oubliant, pour un temps ses " techniques ", "ses " connaissances ", ses " savoirs " ou, comme l'écrivait Freud, retrouver une certaine " innocence " nécessaire pour entendre la parole de l'autre. C'est seulement dans l'après, que le travailleur social s'appuiera sur ses qualités professionnelles.

Avant de divulguer une information, les professionnels doivent demander au client quelles sont les informations qu'il accepte de divulguer. Le travailleur social doit aussi se poser les questions suivantes :

- quelles informations transmettre, lesquelles sont indispensables à fournir dans l'intérêt des personnes ?
- Quel est le devenir des informations ou des documents transmis ? Sont-ils de nature à pouvoir nuire à l'intéressé ?
- Quels sont l'identité et le statut de ceux à qui l'information va être donnée ?
- Mobilisation : le travailleur social soutient les potentialités, les motivations et les projets des personnes. Cette mobilisation doit être partagée, elle revient autant à l'utilisateur qu'au travailleur social, elle impose la clarification des responsabilités de chacun.

L'accompagnement social

Les mots " forts ", utilisés au cours de l'histoire du travail social, sont révélateurs des formes d'interventions pratiquées.

L'évolution des mots

Pour situer les formes et les types d'interventions professionnelles, pour identifier des pratiques, le travail social s'est approprié les mots : assistance – aide – protection – prise en charge – contrôle – suivi – contrat – évaluation – projet et, dernièrement, accompagnement.

Les différents mots ont suivi les courants idéologiques, les évolutions de notre société et les politiques sociales.

La notion d'accompagnement

Dans les dictionnaires, le mot est ainsi défini : " aller de compagnie avec " du latin " ad cum panis " celui qui mange le pain avec.

Il est utilisé avec toute sa force symbolique depuis une vingtaine d'années en sciences de l'éducation. L'accompagnement pédagogique est défini comme une relation entre un accompagnateur – détenteur d'un savoir, et un accompagné en situation d'apprentissage. Le rythme de cet apprentissage est pris en compte.

Les équipes médicales emploient ce terme dans le cadre de l'accompagnement de fin de vie.

Chez les intervenants sociaux, au cours des dernières années, l'expression accompagnement social est présente dans les textes et les dispositifs de certaines politiques sociales. Cette notion a été très vite acceptée et utilisée par l'ensemble des intervenants sociaux – professionnels ou non.

Les formes de l'accompagnement social

L'accompagnement social prescrit par la loi se situe dans un cadre, par exemple celui du RMI ou celui de la Loi Besson – où il est explicitement désigné comme tel. Son champ d'intervention est délimité, il s'inscrit dans un dispositif institutionnel précis dans lequel l'intervenant a une place définie. L'objectif est fixé par la loi, certaines procédures le sont aussi. L'évaluation est faite par des tiers. Ces caractéristiques structurent très fortement les rapports entre les travailleurs sociaux et les bénéficiaires, et précise l'espace de négociations.

L'accompagnement social non prescrit par la loi est celui proposé par un travailleur social à des personnes, des familles, des groupes. C'est généralement dans ce cadre que se situe l'accompagnement des personnes atteintes par le VIH. Il en résulte une libre négociation contractuelle entre le travailleur social et son client, qui tend à rendre ce dernier plus responsable. Cet accompagnement s'inscrit aussi dans un cadre institutionnel et dans les missions générales des services.

Accompagnement social et sida

Les professions sociales trouvent naturellement leur place dans le cadre de la lutte contre le sida. Cependant, les besoins générés par l'épidémie imposent un regard particulier sur les modalités des pratiques professionnelles, notamment l'accompagnement social. Les références, les points de repère, sont des préalables nécessaires pour identifier les principes essentiels et pour dégager les processus professionnels.

Méthodes d'intervention

L'accompagnement social des personnes séropositives mobilise les compétences générales du travailleur social et celles liées à la spécificité de son champ d'intervention : compréhension de la personne, de ce qui peut aider à la mobilisation de ses ressources personnelles, et de celles de son entourage, pour faire face à sa situation ; connaissance des équipements, des dispositifs législatifs ou réglementaires, des groupes sociaux d'appui, des réseaux associatifs et communautaires, etc.

Les préalables

Le sida nous rappelle que nous sommes tous mortels et l'implication personnelle qu'impose l'accompagnement des personnes séropositives interroge sur la place du travailleur social :

- Comment entendre l'intimité des personnes accueillies tout en se maintenant dans une position professionnelle ?
- Quelle sont les limites, les frontières, de l'implication personnelle et professionnelle ?

L'expérience de l'accompagnement des personnes atteintes par le VIH montre la nécessité, pour le travailleur social, de s'appuyer sur certains principes pour conduire son action professionnelle.

- Prendre conscience que chaque situation est singulière et qu'il s'agit avant tout d'un accompagnement dans la vie.

Savoir et savoir-être

L'ignorance des modes de transmission du VIH, de l'évolution de la maladie, des traitements, la méconnaissance des dispositifs institutionnels ou associatifs, des personnes-ressources, de même que les attitudes de fuite, de rejet, de gêne à l'égard du patient, ou, à l'opposé, le surinvestissement par une attitude trop protectrice, sont autant d'obstacles dans la relation.

Entendre la souffrance quelle que soit la forme sous laquelle elle s'exprime. Comprendre les sentiments contradictoires qui peuvent animer la personne : révolte, désespoir, violence...

- Reconnaître au temps toute sa valeur. Ce temps qui n'est pas compté mais incertain et qui contribue à donner un sens à la vie, même aux moments difficiles.
- Avoir le souci de l'autonomie de la personne dans ses choix, dans ses responsabilités, dans sa conduite préventive avec les autres.
- Se munir du savoir nécessaire quant aux droits des personnes et des prises en charge (hospitalisation à domicile, aides à domicile, prestations diverses...).
- Participer aux groupes de réflexion et d'analyse avec les différents acteurs médico-psycho-sociaux.

Les objectifs

Entendre une demande, ce n'est pas toujours y répondre. Laisser s'exprimer la peur réelle de la maladie, la souffrance psychique, la prendre en compte, sans chercher à y engouffrer des mots. Il ne s'agit pas non plus de nier, de " faire comme si ", alors que la personne se découvre face à elle-même. Autrement dit, entendre, parler, peut déjà ouvrir le cercle du silence dans lequel le client risque de s'enfermer. Lui proposer un espace où il ne se sente ni rejeté ni abandonné mais entendu, le soutenir, analyser avec lui la réalité de sa situation peut l'aider à réduire son anxiété, son angoisse.

Les objectifs

Pour le travailleur social, l'accompagnement d'une personne séropositive nécessite la prise en compte de l'infection et de ses répercussions physiques, psychologiques et sociales.

Les objectifs de cet accompagnement sont de permettre à la personne :

- de trouver ou de retrouver les moyens qui donneront un sens à sa vie ;
- de maintenir la relation dans les moments difficiles ;
- d'aider la personne à conserver son emploi, son logement, à rompre l'isolement, etc.
- de bénéficier des soins adaptés à l'évolution de son état de santé.

Repérer la situation

Dès le premier entretien, il s'agit :

- de déterminer la nature de l'accompagnement souhaité (législatif, administratif, relationnel, psychologique...);

- d'étudier la situation dans sa globalité (famille, emploi, logement, entourage, etc.) ;
- d'essayer de clarifier les difficultés actuelles de la personne et leurs origines ;
- d'évaluer les liens avec l'entourage et l'environnement.

Cependant si le repérage de l'ensemble des difficultés s'avère une étape indispensable, les travailleurs sociaux ont à aller au-delà d'un rôle d'instruction ou d'évaluation d'une situation en se mettant dans une véritable position d'accompagnement de la personne.

“ **L'évolution des besoins sociaux** est certainement fonction de l'évolutivité de la maladie. Ceci souligne l'intérêt d'un “ diagnostic social ”. Ce diagnostic social devrait être systématiquement proposé au patient par l'équipe de soins. Ce diagnostic social évaluerait l'emploi, le logement, l'endettement, l'isolement naturel ou induit par la maladie, les risques à terme de l'entrée dans la maladie comme handicap social, professionnel et économique. Ce diagnostic permettrait de prévoir les prises en charge extrahospitalières dont on connaît l'intérêt en termes de qualité de vie et de moindre coût. Garante d'une relation de confiance, cette démarche faciliterait l'intervention sociale en période de crise. ”

Rapport Dormont, “ Prise en charge des personnes atteintes par le VIH en situation de grande précarité sociale ”, juin 1996.

Élaborer l'accompagnement

Les conditions et les étapes de cet accompagnement sont à élaborer avec la personne. Tout en respectant son rythme, il est nécessaire :

- de déterminer les priorités (logement, accès aux droits sociaux...) ;
- de soutenir ses projets : renouer des liens avec les proches, rechercher une formation professionnelle, partir en vacances, organiser des loisirs, etc. ;
- d'aborder avec elle, si elle le souhaite, l'évolution de son état de santé.

Au cours de cet accompagnement seront pris en compte les modifications des relations avec l'entourage, le retour au domicile après une hospitalisation, les séjours en maison de repos, l'avenir des enfants, le retour au pays, la question des obsèques...

Toute anticipation du travailleur social doit être mesurée avec prudence, et doit absolument tenir compte de l'évolution des capacités de la personne.

La pratique partenariale

Dans le domaine social, le sida confirme le plus souvent l'inadéquation des pratiques professionnelles isolées. Il s'agit à la fois d'un travail pluridisciplinaire associant plusieurs compétences professionnelles et d'un travail transversal associant plusieurs structures et organismes.

Le travail en réseau

La pratique partenariale exige une connaissance de chacun des partenaires, de la place qu'ils occupent, des missions institutionnelles, des champs d'intervention, des compétences professionnelles et des enjeux qu'implique le partenariat.

La complémentarité des compétences ne se limite pas aux simples échanges institutionnels ; elle implique le partage d'informations couvertes par le secret ou l'obligation de discrétion, dans le respect de la loi et des personnes concernées.

La demande et l'attente de chacun des partenaires doivent être explicites. Une attention particulière doit être apportée au sens des mots afin d'éviter les confusions (par exemple lorsqu'on parle de "réseau" le mot a-t-il le même sens pour le médecin, le travailleur social, l'agent administratif ou l'enseignant ?).

Les difficultés liées à la toxicomanie, aux troubles du comportement renvoient à l'enjeu du travail en partenariat avec les structures extérieures spécialisées ou non. Dans ce cadre, la notion d'accompagnement social global n'est envisageable qu'en complémentarité avec le réseau existant (centres médico-psychologiques, services spécialisés en toxicomanie, services d'aide aux sortants de prison...).

Julien

Julien, 35 ans, décorateur, célibataire est issu d'une famille aisée (père militaire de carrière, mère au foyer, deux frères : l'un ingénieur, l'autre médecin). Julien est atteint d'un sida. Il vivait en province et est récemment revenu chez ses parents.

Assistante sociale concernée : l'assistante sociale de la CRAM (permanence téléphonique sida).

Évolution de la situation

Julien se présente avec sa mère au rendez-vous pris par téléphone avec l'assistante sociale. Sa mère est surprotectrice, elle répond pour lui. Gros problèmes de relations avec son père. Il n'a plus de droits à la Sécurité sociale et refuse de voir les médecins.

La mère de Julien téléphone : une scène violente a eu lieu entre Julien et son père. Julien a été mis dehors.

Julien appelle l'assistante sociale. Il couche dans la cave, car il ne pouvait rester chez ses parents. Il est malade.

Julien participe aux démarches. Il est admis dans un appartement de coordination thérapeutique. Il partage une chambre avec deux autres malades toxicomanes. Il ne supporte pas cette promiscuité.

Julien continue de maigrir, il ne se nourrit plus. Il tente de se suicider.

Julien part en province dans une maison de repos spécialisée pour les malades du sida. Il y est admis pour 6 mois. Il est très entouré, dit avoir retrouvé une famille. Il prend du poids. Il appelle régulièrement l'assistante sociale et lui écrit. Sa mère va le voir une fois par mois.

À la fin de son séjour, le directeur de l'établissement lui trouve un studio à proximité.

Actes professionnels

Prudence dans la relation qui s'établit. L'assistante sociale insiste pour savoir ce que Julien souhaite. L'assistante sociale fait le nécessaire : liens avec les Assedic, droit aux indemnités de chômage retrouvé, rétablissement des ressources, carte de Sécurité sociale et droits rétablis.

Après discussion, Julien accepte de se rendre au rendez-vous du médecin généraliste du réseau ville-hôpital. Demande de logement auprès d'une association qui gère des appartements de coordination thérapeutique.

Demande d'un studio individuel, sans résultat. Appel au réseau, aux partenaires.

Le médecin du réseau et l'assistante sociale envisagent avec lui un séjour en maison de repos.

Un soutien téléphonique est établi. Réponse aux lettres.

L'assistante reçoit quelques fois de ses nouvelles.

Le réseau ville-hôpital

Les réseaux ville-hôpital ont été officiellement créés en 1991 afin d'instaurer une meilleure coordination de la prise en charge médicale et sociale des personnes atteintes par le VIH (circulaire DH-DGS 612 du 4 juin 1991). Les réseaux ville-hôpital sont des associations subventionnées par les pouvoirs publics et rattachées à un centre hospitalier, réunissant médecins de ville et médecins hospitaliers ainsi que d'autres professionnels concernés par la prise en charge médicale, psychologique ou sociale des personnes atteintes par le VIH. Certains réseaux se sont spécialisés dans la prise en charge des usagers de drogues.

Si les assistants sociaux des hôpitaux sont concernés, il est dommage de constater qu'il n'en est pas toujours de même pour les travailleurs sociaux exerçant sur le territoire géographique du réseau

et accompagnant des personnes atteintes par le VIH ou malades. La collaboration avec les intervenants sociaux, dans la plupart des cas, reste encore insuffisante. La primauté est trop souvent accordée aux fonctions sanitaires, à la formation médicale, à la recherche clinique. Cependant, depuis peu, les réseaux s'ouvrent à d'autres partenaires : associations concernées par la VIH, institutions médico-sociales, sociales, scolaires, etc.

Liens avec les associations

L'évolution de l'épidémie a mis progressivement en relief les inadaptations et les insuffisances en matière de réponse sociale.

“ En lui-même, un réseau n'a pas la faculté de générer des ressources, ou de donner naissance à de nouveaux acteurs. Il valorise l'usage de ces ressources, ou l'emploi de ces intervenants, en favorisant leur relation et leur coordination au bénéfice d'une population donnée ” .

“ Un réseau n'est pas une nouvelle structure “ s'autonomisant ”. Sa force est d'abord celle des intervenants qu'il réunit pour résoudre les problèmes concrets rencontrés par les patients ”. (Extraits de la circulaire du 4 juin 1991).

Dès 1983, les associations de lutte contre le sida ont développé de nombreux programmes de prévention, d'information, d'accompagnement, d'aide aux malades, parfois même de soins et de recherche. Ces initiatives innovantes dans le domaine de la santé publique et de la solidarité, s'appuient sur une connaissance précise : de la maladie, des réalités de la vie quotidienne, de la vie locale, des associations et des institutions.

En matière d'accompagnement social, l'objectif principal est la non-exclusion des usagers du dispositif de droit commun.

Les associations assurent une mission d'observatoire de la réalité socio-économique et médicale en recueillant les données nécessaires pour adapter et améliorer les réponses sociales à la réalité de la maladie.

Les associations, confrontées à des populations précarisées du fait du VIH mais qui de plus en plus cumulent les difficultés antérieures à la séropositivité, se sont dotées de moyens favorisant une approche globale de la personne et de ses difficultés :

- aide à l'accès au droit ;
- conseil et aide dans le domaine du logement ;
- conseil juridique ;

- conseil médical ;
- aides financières ;
- soutien psychologique ;
- visites à domicile ou à l'hôpital.

L'action des bénévoles

Le champ d'intervention des bénévoles des associations est très large. Notamment, ils assurent fréquemment le suivi au long cours de certaines personnes. Compte tenu de la charge de travail des salariés, seule la participation des bénévoles permet de mettre en œuvre des modes d'intervention plus souples répondant aux attentes des usagers, notamment les visites à domicile, à l'hôpital ou à la prison, qui sont souvent des éléments indispensables pour faire progresser une situation ou pour accompagner une période de détresse.

Caractéristiques institutionnelles

L'accompagnement social des personnes infectées par le VIH se joue toujours dans une articulation " triangulée " : travailleur social/institution/usager. L'appartenance institutionnelle conditionne les types d'interventions mettant en évidence tel ou tel aspect de la prise en charge. Chacun y retrouvera des éléments pour élaborer son intervention sociale quel que soit le poste qu'il occupe*.

Le milieu hospitalier

* Ce chapitre a été élaboré par des assistants sociaux répartis en groupe de travail selon leur appartenance institutionnelle.

L'accompagnement

Cet accompagnement, dans le cadre hospitalier, doit permettre aux personnes d'établir ou de renouer des liens sociaux, en les aidant à développer une " stratégie de faire avec la maladie ", en soutenant leurs projets. Il n'est pas rare d'observer chez certaines personnes même très malades, une force mobilisatrice qui les conduit à élaborer des projets, à se construire ou reconstruire une identité, en utilisant, paradoxalement, leur état de santé comme ressource.

L'accompagnement apporte un soutien moral, et éventuellement matériel, au cours des décisions difficiles ou douloureuses que le malade est amené à prendre (changement de domicile, demande d'AAH, tutelle d'un enfant).

Des situations sociales très diverses

L'une des finalités des services sociaux hospitaliers est d'assurer aux malades l'accès aux soins et d'évaluer avec eux les différents problèmes auxquels ils seront confrontés à leur sortie de l'établissement. Le suivi social se prolonge si nécessaire après l'hospitalisation et doit prendre en compte différents points :

- L'accès aux soins :
 - ouverture des droits à la Sécurité sociale ;
 - aide médicale gratuite ;
 - assurance personnelle ;
 - exonération du ticket modérateur.
- La recherche de ressources :

- reprise du travail éventuellement avec un mi-temps thérapeutique ;
- indemnités journalières ;
- pension d'invalidité ;
- RMI ;
- allocation adulte handicapé.
- La recherche d'un accueil ou d'un hébergement adapté :
 - intervention pour l'attribution d'un logement social ou d'un logement adapté à l'état de santé ;
 - orientation vers une structure d'accueil en urgence (foyers, hôtels, etc.) ;
 - admission en centre de convalescence ou en appartement thérapeutique.
- L'organisation de la vie à la sortie de l'hôpital :
 - hospitalisation à domicile ;
 - soins à domicile ;
 - aide ménagère, travailleuse familiale ;
 - solutions de garde pour les enfants, organisation de leur avenir.

Quel que soit le type d'intervention, le principe à retenir est que le travailleur social doit mener une action préventive en matière de lutte contre les discriminations et exclusions.

La prise en compte d'ethnies multiples

Intervenir socialement en faveur d'un individu ou d'un groupe social, implique une connaissance minimale du milieu dans lequel cet individu, ou ce groupe, évolue. Prévenir les exclusions, conduire à des actes de responsabilisation, engage à travailler avec l'environnement de l'utilisateur, en respectant les particularités des sphères familiales, affectives, sociales et culturelles.

Une étude réalisée par l'Inserm en 1990-1991, dans le cadre de trois hôpitaux parisiens montre la forte présence, en milieu hospitalier, de personnes dont l'origine géographique est extrêmement variée. Cette diversité ethnique permet d'explicitier les difficultés d'intégration sociale qui s'ajoutent au problème de la maladie.

Au-delà de la compréhension, de l'acceptation des coutumes, des croyances de chacun, les assistants sociaux ont à accompagner ces personnes et leur famille dans les mécanismes complexes de nos

structures administratives et sociales afin qu'elles s'insèrent le mieux possible dans la société de notre pays.

Pour les travailleurs sociaux, il est important de travailler sur les spécificités culturelles, notamment les représentations qui se rapportent à la sexualité, à la maladie, à la mort.

Sans exiger une connaissance minutieuse de toutes les diversités culturelles ou religieuses de l'usager, il est important que le travailleur social prenne en compte et intègre la logique à partir de laquelle un usager d'origine culturelle différente s'exprime. Cette prise en compte permet de reconnaître la personne et, le cas échéant de s'appuyer sur ses ressources.

Aïssata et Marie

Aïssata, 3 ans, zairoise, a été contaminée par le VIH dès sa naissance. Elle présente des troubles neurologiques et ne peut marcher. Sa mère est décédée du sida, au Zaïre, lorsqu'elle avait 9 mois, son père qui vit au Zaïre l'a reconnue. Elle est confiée à sa tante maternelle, Marie, également contaminée, qui vit en France.

Marie, zairoise, tante de Aïssata, vit en France et possède un titre de séjour. Elle est assurée sociale. Après plusieurs années de séropositivité, la maladie se déclare. Marie est suivie à l'hôpital pour adultes. Toutes deux sont entourées par une nombreuse parenté, cousines, tantes... qui n'a pas connaissance de leur séropositivité.

Assistants sociaux concernés : l'assistante sociale de l'hôpital pour enfants (assistante sociale E), en collaboration avec l'assistante sociale de l'hôpital pour adultes (assistante sociale A).

La situation est connue en 1993. L'accompagnement social s'effectue sur deux ans.

Évolution de la situation

Marie rencontre l'assistante sociale E lors d'une consultation pour Aïssata : le ticket modérateur pour régler les consultations est impayé, elle a des problèmes de contentieux et d'huissier.

Marie souhaite demander la tutelle de Aïssata. Elle requiert l'aide d'une travailleuse familiale car elle se sent très affaiblie.

Marie est hospitalisée. La petite est gardée par une autre tante.

Lettre de Marie demandant que sa soeur aînée et sa cousine s'occupent de l'enfant. Puis Marie revient chez elle. La famille ne peut plus être aussi présente qu'auparavant.

La santé de l'enfant se dégrade. L'équipe médicale pose le problème des soins à domicile et envisage un placement thérapeutique.

Marie est de nouveau hospitalisée. Elle téléphone à l'assistante sociale E et lui demande de s'occuper de Aïssata. Elle prend conscience que sa famille ne pourra prendre en charge cet enfant.

Marie décède à l'hôpital.

La famille demande un placement familial à l'ASE selon les souhaits de Marie, mais désire être impliquée dans le placement.

Placement dans une famille d'accueil, famille de trois enfants, qui se situe comme adoptante au bout de quelques mois. Aïssata est adorable avec eux. Ils décident de la faire suivre par un autre hôpital.

Huit mois après, l'état d'Aïssata s'aggrave. Elle est hospitalisée et meurt un mois après son hospitalisation.

Actes professionnels

Courrier à la Sécurité sociale pour la prise en charge à 100 %.

Contact avec l'huissier pour arrêter la procédure.

Avec l'accord de Marie, démarche auprès du tribunal, pour la tutelle.

L'assistante sociale E contacte l'assistante sociale A. Question des assistantes sociales : que souhaite Marie pour l'enfant ?

L'assistante sociale E est prévenue. Visite à domicile. Demande d'une travailleuse familiale.

Après concertation avec l'assistante sociale E, il est proposé un suivi en consultation et des hospitalisations de jour. L'important ici étant de préserver le lien entre Marie et Aïssata.

Liaison entre l'assistante sociale E et l'assistante sociale A qui prennent contact avec la famille. Celles-ci confirment les dernières volontés de Marie. Personne ne souhaite prendre l'enfant en charge. Le service ASE du Conseil général du département est contacté. Placement rapide, trop précipité.

Réunion de synthèse entre l'équipe hospitalière et l'ASE. Vives discussions. Aïssata continuera d'être suivie par l'équipe médicale qui connaît son histoire et est un repère pour elle et la famille d'accueil.

La charte du patient hospitalisé

La première charte du malade hospitalisé définissant les droits du patient fut publiée en 1974 ; depuis elle a été étendue et modifiée. La circulaire DGS-DH n° 95-22 du 6 mai 1995 rend compte des droits des malades.

Principes généraux

“ 1 – Le service public hospitalier est accessible à tous et en particulier aux personnes les plus démunies. Il est adapté aux personnes handicapées.

“ 2 – Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, des soins, et de l'accueil. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur.

“ 3 – L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent.

“ 4 – Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient.

“ 5 – Un consentement spécifique est prévu notamment pour les patients participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.

“ 6 – Le patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt.

“ 7 – La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité.

“ 8 – Le respect de la vie privée est garanti à tout patient hospitalisé ainsi que la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui le concernent.

“ 9 – Le patient a accès aux informations contenues dans son dossier notamment d'ordre médical par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement.

“ 10 – Le patient hospitalisé exprime ses observations sur les soins et l'accueil et dispose du droit de demander réparation des préjudices qu'il estimerait avoir subi. ”

En pratique, les directeurs d'établissement doivent prendre des dispositions afin de remettre la charte à chaque patient.

Les hôpitaux pour enfants

L'hôpital est pour l'enfant et ses parents un lieu de recours important, une “ deuxième famille ”. Très souvent des liens étroits et de confiance se nouent avec le personnel médical et l'équipe soignante.

Le suivi de l'enfant

Dès sa naissance, l'enfant fait l'objet d'un suivi médical, qui a lieu tous les trois mois jusqu'à la confirmation du diagnostic. Tout enfant né de mère séropositive

bénéficie durant cette période, d'une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale au titre de l'ALD (affection longue durée : pathologie figurant sur la liste des affections nécessitant un traitement long et coûteux).

L'état de séropositivité seule ne constitue pas en soi un facteur de danger propre à déclencher une intervention de protection de l'enfance. Il nécessite concertation et soutien pour trouver des solutions aux difficultés que rencontre la famille. C'est l'ensemble du contexte – médical, familial, environnemental – qui éclaire la situation pour déterminer si l'enfant est ou non en danger. L'accompagnement social permet d'aider les personnes à faire face aux exigences de la maladie.

Deux examens virologiques négatifs faits après l'âge d'un mois et confirmés par une sérologie négative après l'âge de 12 mois permettent de considérer l'enfant comme séronégatif. Néanmoins un suivi médical spécifique s'impose jusqu'aux dix-huit mois de l'enfant (recommandations du Rapport Dormont, juin 1996).

Nicolas

Muriel, 38 ans, ex-usager de drogue, est contaminée par le VIH. Elle reçoit une rente versée par sa famille.

Bernard, 40 ans, compagnon de Muriel, ex-usager de drogue, est également contaminé. Sculpteur, il vit de son art, sans autres ressources.

Nicolas, 2 ans, fils de Muriel et Bernard, est séronégatif.

Tous trois habitent dans un logement qui appartient à la famille de Muriel. Ils vivent d'une façon marginale, sans papiers, sans Sécurité sociale. Contaminés depuis plusieurs années, Muriel et Bernard ont choisi d'avoir Nicolas.

Assistants sociaux concernés : assistante sociale de l'hôpital pour enfants (assistante sociale E) et assistante sociale de l'hôpital pour adultes (assistante sociale A). Elles travaillent en binôme depuis plus de deux ans.

Évolution de la situation

Septembre 1993 : naissance de Nicolas. Le couple rencontre l'assistante sociale E. Il bénéficie d'une assurance personnelle payée par la famille de Muriel. Muriel est très fatiguée.

Octobre 1993 : Muriel est hospitalisée en réanimation. Bernard est très angoissé, perdu avec cet enfant d'un mois.

Un an se passe, sans nouvelles, mais Nicolas vient régulièrement à la consultation à l'hôpital.

Octobre 1994 : Muriel rencontre l'assistante sociale E. Elle n'a plus de Sécurité sociale pour elle, ni de prestations CAF, plus de revenus. Elle est fâchée avec sa famille. Elle est très fatiguée.

Septembre 1995 : Muriel est hospitalisée.

Dégradation de l'état de santé de père. Le couple n'a pas géré ses papiers. Il n'a plus de ressources, le RMI est suspendu. Aides assure les repas.

Janvier 1996 : Muriel est de nouveau hospitalisée. Bernard est angoissé. Il est malade, seul avec Nicolas. Il exprime sa peur de la maladie et de la mort. L'association Aides manifeste son inquiétude.

Appel de la famille de Muriel (son oncle et sa tante) qui propose de prendre en charge Nicolas en cas de décès de ses parents.

Actes professionnels

Premier contact avec l'assistante sociale E : mise en place du 100 % pour Nicolas. L'assistante sociale E fait part à Muriel et Bernard de leurs droits.

L'assistante sociale A fait la connaissance de Muriel. Demande de l'assistante sociale E de la présence d'une travailleuse familiale. Liaison entre l'assistante sociale E et l'assistante sociale A : le nécessaire est fait du côté de la Sécurité sociale.

Régularisation des dossiers. Demande de RMI et de la Sécurité sociale pour le couple. L'assistante sociale E cherche une halte-garderie : l'association Sol-En-Si accepte Nicolas. L'assistante sociale E obtient de l'association Aides l'intervention d'une aide ménagère.

L'assistante sociale A demande l'AAH.

Prise de rendez-vous avec Bernard pour faire le point sur les questions administratives et éviter la rupture des prestations. L'assistante sociale E lui laisse prendre en charge le classement de ses papiers et la gestion des dossiers. Après évaluation, les assistantes sociales ne jugent pas nécessaire d'alerter l'ASE.

Entretien de soutien avec Bernard par assistante sociale E.

L'assistante sociale E renvoie la famille auprès du couple tout en expliquant la législation sur l'autorité parentale pour les couples illégitimes.

Courant 1996 : l'objectif professionnel des deux assistantes sociales est d'aider à l'élaboration d'un projet pour Nicolas (inscription scolaire, activités) et de continuer à soutenir le couple.

La révélation de la contamination de l'enfant

La révélation de la contamination d'un enfant est un moment douloureux, ressenti comme une violence, par la mère, par l'entourage. Pendant cette phase aiguë, l'assistant social peut être amené à entendre l'angoisse de la mère, des parents ; il a alors essentiellement une fonction d'écoute. Il s'agit de donner des explications claires, des informations, qui complètent celles des médecins, sur les questions de vie quotidienne et sociale.

La confidentialité du diagnostic de séropositivité d'un enfant constitue, comme pour les adultes, un droit inviolable. Les assistants sociaux ne peuvent aller à l'encontre des parents qui veulent taire la séropositivité, la maladie de leur enfant. Ce sont les parents qui sont responsables de la santé de leur enfant, ainsi que des informations qui en découlent.

Un enfant placé à la crèche ou à l'école maternelle, dont l'état de santé se dégrade, sera remarqué par des absences répétées, la prise de médicaments identifiables, voire une période d'hospitalisation. Le travail de l'assistant social consistera à " sensibiliser " les parents aux conséquences de leur silence à l'égard de l'établissement, mais il doit avant tout respecter la décision des parents ou du responsable de l'enfant. Le travailleur social leur proposera alors de préparer l'équipe de l'établissement à cette confiance, en leur donnant toutes les garanties de respect.

L'avenir de l'enfant

L'avenir d'un enfant relève de la responsabilité de ses parents. L'expérience des assistants sociaux montre qu'en règle générale, toute mère séropositive ou malade, tout père, a envisagé l'avenir de son enfant. Ainsi, lorsque l'état de santé du dernier parent se dégrade, l'assistant social identifiera les questions d'autorité parentale et informera le parent des règles de droit qu'implique son choix. Il mettra en place ce qui est décidé pour l'enfant.

La singularité culturelle

Les assistants sociaux doivent prendre en compte la singularité culturelle des malades d'origines ethniques différentes. Ils ont à s'informer, à comprendre et respecter les coutumes, les modes de vie, les croyances et les religions de chaque personne, chaque famille.

Ainsi, le dialogue avec les familles prend du temps, mais permet de gagner la confiance de la mère, des parents, et de les amener à comprendre l'intérêt du suivi de l'enfant.

Les assistants sociaux sont parfois confrontés à des parents qui refusent que leur enfant soit suivi en se retranchant derrière la fatalité. Il s'agit pour le travailleur social de maintenir le dialogue et de créer un espace de négociations.

Dagou

Dagou, 13 mois, contaminé par le VIH par voie materno-foetale, est suivi à l'hôpital pour enfants.

Madame B, sa mère, 23 ans, veuve, est séropositive. Son mari est décédé du sida au Mali.

Assistants sociaux concernés : l'assistante sociale de l'hôpital et l'assistante sociale du secteur.

Évolution de la situation

Il s'avère que Dagou n'est pas mentionné sur la carte de Sécurité sociale de sa mère d'où un problème d'accès aux soins. Mme B prend contact avec l'assistante sociale de l'hôpital.

Mme B exprime le souhait d'avoir un logement pour elle et son enfant.

Mme B cherche du travail. Aujourd'hui, elle vient régulièrement à la consultation pour son fils.

Actes professionnels

En avril 1993, le pédiatre de l'hospitalisation de jour signale à l'assistante sociale de l'hôpital que Mme B n'amène plus Dagou à la consultation et qu'elle ne lui donne pas son traitement.

L'assistante sociale de l'hôpital contacte l'assistante sociale de secteur. Celle-ci connaît Mme B par le biais du RMI. Elle est allée au domicile et connaît le cadre de vie de cette jeune femme et de son fils.

Une réunion de synthèse est organisée par le service de PMI, comme pour toute situation d'enfant non soigné, qu'il soit atteint de leucémie, de diabète ou d'une autre maladie grave. La réunion regroupe l'assistante sociale de secteur, le médecin et la puéricultrice de PMI, l'assistante sociale, le médecin pédiatre et la psychologue de l'hôpital pour enfants. L'objectif de cette réunion est d'évaluer s'il y a danger réel pour cet enfant et quelle stratégie de soutien adopter auprès de la famille. La psychologue aborde la grande souffrance de Mme B. Un signalement ne convient pas à cette situation. Les médecins de PMI et de l'hôpital se mettent d'accord pour informer Mme B de l'obligation qu'elle a de faire soigner son enfant.

L'assistante sociale de l'hôpital fait une démarche auprès de la Sécurité sociale. Pour bien impliquer Mme B, elle va la chercher chez elle afin que les démarches soient faites en commun (les actes sont, dans cette situation, plus importants que la parole, surtout pour cette femme qui parle peu). L'assistante sociale intervient pour la prise en charge à 100 % des frais médicaux pour l'enfant.

Par le biais de l'association Sol-En-Si, un studio sera attribué, l'allocation de logement obtenue.

Les hôpitaux pour adultes

Auprès d'adultes en milieu hospitalier, les assistants sociaux doivent se montrer disponibles pour aider le patient à la prise de conscience et à l'appropriation de sa situation. Face aux précarités multiples, à la grande pauvreté, ils ont de

surcroît à résoudre les problèmes administratifs et sociaux complexes en liaison avec les partenaires impliqués.

Des situations psychologiques particulières

L'hôpital adresse certains patients à l'assistant social. Ceux-ci vont tenter de permettre aux personnes de verbaliser, peu à peu, à leur rythme, leurs souffrances, leurs inquiétudes, leurs interrogations. Ils suivent ces personnes dans les différentes phases de leur séropositivité.

Certaines attitudes de non-dit peuvent se rencontrer : ne pas vouloir informer son entourage, son compagnon, sa compagne, un partenaire occasionnel, refuser le suivi médical, oublier ou ne pas accepter la prise de médicaments. Certains malades refusent d'admettre leur état jusqu'à des phases très avancées de la maladie, comme s'il fallait que la réalité s'impose à eux. Des liens, une relation, sont à bâtir dans l'écoute, à chaque rencontre.

Pour l'assistant social, il est souhaitable de pouvoir repérer les réactions de déni, de non-dit, voire de sidération, d'en connaître le sens, afin d'intervenir et d'orienter les personnes vers des intervenants spécialisés. Il doit surtout connaître ses limites, inhérentes parfois à la complexité des situations, et savoir où trouver un soutien, une écoute.

La grossesse

La question de l'interruption volontaire de grossesse peut se poser. Médecins, psychologues, assistants sociaux, dans les équipes, ont un rôle important d'écoute et d'information sur les risques encourus par l'enfant.

L'assistant social doit faire preuve d'une très grande disponibilité : avoir des entretiens réguliers, consacrer un temps d'écoute suffisant, faciliter les rencontres sans prise de rendez-vous, savoir s'adapter selon les désirs et la réalité de chaque famille. C'est pourquoi l'accompagnement de ce désir d'enfant est très important même s'il peut conduire vers un deuil.

Des situations de précarités et de grande pauvreté

Les objectifs principaux de l'assistant social sont de définir les priorités (obtenir un titre de séjour, bénéficier de ressources, d'un logement, accéder aux soins, se soigner, se nourrir convenablement, se réinsérer professionnellement, rétablir des liens avec son entourage, etc.) ; et de mobiliser les partenaires, les institutions, les associations spécialisées.

Le respect du choix

Même si l'avenir est incertain, il est nécessaire de respecter le choix d'une femme ou d'un couple de mener à terme une grossesse ou de l'interrompre. Cette décision peut nécessiter un

accompagnement social et un soutien psychologique qui se prolongera au-delà de la naissance de l'enfant.

Reprise des liens avec les parents

Nadia, 35 ans, a un enfant de 11 ans. Elle n'a plus de contact avec le père de l'enfant et a rompu les liens avec sa famille. Séropositive depuis huit ans, hospitalisée, elle souhaite que son enfant soit confié à sa voisine. Un contact s'établit entre l'assistante sociale de l'hôpital et l'assistante sociale de secteur.

Nadia allant très mal, les assistantes l'aident à écrire à sa mère. Celle-ci vient chez sa fille et prend sa place auprès de l'enfant. Avant de mourir, la malade a demandé que l'enfant soit confié à sa mère.

L'assistante de secteur aide au règlement des questions pratiques, notamment les liens avec le juge pour la garde de l'enfant et la constitution du conseil de famille.

Les difficultés à trouver des réponses aux situations précaires sont décuplées dans les cas de grande pauvreté. Notamment pour les personnes sans domicile fixe, une bonne connaissance des réseaux associatifs et institutionnels facilite la recherche d'un hébergement adapté (appartements thérapeutiques, hôtel, CHRS, etc.).

Les liens avec l'équipe médicale

Certaines équipes hospitalières ont mis en place un " staff social ". Ce staff permet de traiter globalement la situation des personnes tant du point de vue médical que social.

Le staff social en hôpital est hebdomadaire, pluridisciplinaire et accessible à l'équipe de garde. Il établit une fiche sociale pour le dossier de soins et assure le traitement social de la situation en fonction de l'évolution de la maladie.

Ces staffs ne sont pas encore très répandus et, pour la plupart des équipes médicales et sociales des hôpitaux, le traitement global des situations des personnes séropositives ou malades reste un souci permanent.

Une stratégie de confidentialité

L'accompagnement social implique un travail en partenariat. La difficulté est alors d'éviter l'identification de l'infection par le VIH par les différents organismes ou institutions auxquels les assistants sociaux vont s'adresser. Il s'agit, lorsque le patient le souhaite, d'adopter des stratégies pour éviter de nommer la maladie lors de la rédaction des demandes d'aide financière, de la

présentation des situations dans diverses commissions (FSL, CCAS, etc.) tout en donnant suffisamment d'éléments pour obtenir satisfaction.

Le repérage des services hospitaliers spécialisés dans le VIH peut être évité, si l'on n'utilise pas le papier et les enveloppes à en-tête, les cachets du service, le compostage personnalisé. Les mêmes précautions doivent être prises lorsque l'on adresse un courrier au domicile du patient.

Le retour au domicile

Pour assurer dans de bonnes conditions, le retour au domicile après hospitalisation, de nombreux intervenants sont appelés à travailler ensemble : les médecins généralistes, les services de proximité (auxiliaires de vie, aides ménagères, travailleuses familiales), les différents services (associations, services sociaux, etc.), les réseaux ville-hôpital lorsqu'ils existent.

L'assistant social tient une place importante dans ce dispositif car, en coordination avec les autres intervenants, il lui faut évaluer :

- la situation socio-économique du patient (couverture sociale, ressources, charges, adaptation du logement) ;
- l'état psychologique du patient (les soins à domicile s'ils sont nécessaires, le rassurent-ils ou génèrent-ils de l'anxiété due à une certaine insécurité ?) ;
- la disponibilité de l'entourage et ses capacités à faire face à la situation ;
- l'état de santé du patient (une aide à la vie quotidienne est-elle nécessaire ?).

La famille, l'entourage, doivent être préparés à ce retour, ce qui nécessite l'évaluation de l'impact du sida sur l'environnement familial, l'écoute et le soutien des proches.

Les services sociaux spécialisés des CRAM

Les services sociaux des caisses régionales de l'Assurance maladie (CRAM) couvrent tout le territoire. Leurs missions sont définies par les organismes nationaux dont ils relèvent : la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) et la Caisse nationale de l'Assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS). Ici, l'institution structure fortement les rapports entre les assistants sociaux et leurs clients.

Les missions

La circulaire CNAM/CNAVTS du 16 août 1993 fixe de façon précise les orientations nationales de la politique du service social des CRAM.

- L'accès aux soins – le droit à la santé

Clientèle concernée : toute personne ayant besoin d'accéder à des soins médicaux.

Objectifs :

- gérer, préserver le capital santé ;
- obtenir les droits sociaux et les moyens financiers nécessaires pour accéder aux soins ;
- utiliser les structures adaptées à l'état de santé de la personne.
- L'insertion professionnelle des travailleurs handicapés

Clientèle concernée : les assurés sociaux du régime général.

Objectifs :

- contribuer à la prévention des conséquences liées au maintien dans l'emploi ou dans l'entreprise ;
- permettre la réinsertion professionnelle en aidant le salarié à construire son projet, à acquérir une qualification par le biais d'une rééducation professionnelle.
- La prévention et le traitement de la dépendance des personnes âgées et handicapées

Clientèle concernée : les assurés sociaux du régime général (sauf ceux ressortissant de la sectorisation psychiatrique).

Objectifs :

- définir avec les personnes leurs modes et lieux de vie en coopération avec leur entourage familial et social ;
- faire aboutir leurs projets de vie, à domicile ou en hébergement ;
- faire valoir leurs droits sociaux, obtenir les aides prévues par l'action sanitaire et sociale ;
- permettre l'accès à tous les moyens offerts par l'environnement ;
- lutter contre l'isolement social ;
- apporter un soutien à l'entourage des personnes par une " aide aux aidants ".

L'action sur le terrain

La permanence téléphonique sida du Val-d'Oise permet aux personnes de présenter leur situation de façon anonyme, de prendre, si elles le désirent, rendez-vous avec l'assistante sociale

qui est à l'écoute. À partir de l'entretien téléphonique peut s'instaurer un travail d'accompagnement de la personne qui permet de résoudre avec elle ses difficultés.

La connaissance du terrain acquise par les assistants sociaux des caisses régionales de l'Assurance maladie leur permet de travailler en partenariat avec les différents acteurs sociaux et médico-sociaux impliqués au niveau local et régional. Ils ont mis en place des actions spécifiques telles les permanences téléphoniques sida. Certains participent activement aux réseaux ville-hôpital de leur secteur.

Les assistants sociaux des CRAM peuvent être amenés à assurer un suivi social hors de leur secteur d'intervention. Ils ont à rendre compte de leur travail auprès de leur hiérarchie et à négocier, si nécessaire, les engagements qu'ils souhaitent prendre à l'égard des personnes suivies.

Marie, Françoise et Amélie

Marie, 35 ans, célibataire, bouddhiste, originaire de la Guadeloupe, a une enfant de 10 ans, Amélie. Marie est au chômage depuis en juillet 1994 (elle occupait un poste de secrétaire juridique chez un avocat) et habite un deux-pièces à Paris avec sa fille et Françoise sa demi- sœur. Elle a découvert sa contamination en février 1994, depuis le sida s'est déclaré.

Amélie, 10 ans, fille de Marie, n'est pas contaminée par le VIH. Son père qui réside aux États-Unis téléphone parfois.

Françoise, 37 ans, est au chômage mais garde des enfants de temps en temps. Françoise a un fils de 16 ans élevé par les grands-parents paternels. Elle fait preuve d'un caractère très instable.

Assistants sociaux concernés : l'assistante sociale de la CRAM et l'assistante sociale de l'hôpital.

La situation est connue en mars 1995. L'accompagnement social a permis la clarification de la situation administrative, la recherche d'un logement plus grand, la mise en place de la tutelle testamentaire pour la garde de l'enfant, la médiation dans les relations au sein d'une fratrie, l'aide à la réalisation des projets de la mère malade.

Évolution de la situation

Marie, après un mois d'hospitalisation, contacte l'assistante sociale CRAM. Elle est orientée par le centre de Sécurité sociale pour régler ses difficultés administratives.

Marie remet tous les papiers nécessaires. Elle évoque l'assistante sociale de l'hôpital et donne son accord pour que l'assistante sociale CRAM la contacte.

Françoise informe l'assistante sociale de l'hospitalisation de Marie. Elle parle de leurs conditions de vie : logement trop petit, difficultés financières. Elle évoque l'avenir d'Amélie.

Françoise vient à la permanence de l'assistante sociale CRAM avec les documents rassemblés par Marie.

Marie sort de l'hôpital. Elle fait des démarches pour obtenir une carte d'identité et ouvrir un compte en banque. Françoise s'implique dans les démarches avec l'accord de sa sœur.

Marie est de nouveau hospitalisée. Elle souhaite rester proche de sa fille.

Françoise se mobilise. Elle trouve du travail, fait des démarches pour obtenir une carte d'identité.

Toutes deux souhaitent un logement plus grand.

Marie souhaite partir en vacances avec sa fille, chez des parents, sur la Côte d'Azur.

Marie est de nouveau hospitalisée. Elle comprend qu'elle est entrée dans la maladie. Mise en place à l'hôpital d'un cathéter. Perfusions régulières à faire.

Marie devient plus autonome. Elle se déplace pour rencontrer l'assistante sociale CRAM. Elle exprime des projets d'avenir pour sa fille et souhaite prendre des dispositions pour que Françoise puisse s'occuper de l'enfant.

Appel de l'infirmière de l'HAD : les relations entre Marie et Françoise sont difficiles.

Marie parle de ses difficultés avec Françoise et demande un entretien à trois (elle, Françoise et l'assistante sociale CRAM).

Marie et Françoise parlent du bouddhisme. La communication s'établit. Marie parle de sa mort. Elle veut partir en paix, en confiant sa fille à Françoise, mais elle n'est pas prête à en parler avec Amélie.

Françoise souhaite travailler le plus possible afin d'avoir les moyens financiers suffisants pour élever Amélie. Marie prépare son voyage dans le midi.

Réhospitalisation de Marie, elle va très mal.

Actes professionnels

Proposition de passage de l'assistante sociale au

domicile. L'entretien donne lieu à l'évaluation et au traitement de la situation (Assedic, arrêts de travail, Sécurité sociale, factures diverses).

La situation administrative se règle vite.

Prise de contact avec l'assistante sociale de l'hôpital, pour coordonner les interventions.

Marie n'a pas abordé l'avenir d'Amélie. De ce fait, l'assistante sociale " ne bouge pas ".

Traitement de différents points administratifs :

- frais de cantine ;
- prise en charge 100 % des frais médicaux ;
- arrêt des poursuites pour dette hospitalière ;
- taxe d'habitation ;
- régularisation de la déclaration d'impôts ;
- déclaration des ressources à la CAF.

Une HAD est négociée avec Marie et mise en place avec le médecin de quartier (réseau ville-hôpital) et les infirmières.

Demande de logement dans le cadre du POPS (protocole d'occupation du patrimoine social).

Difficultés pour le dossier logement.

L'HAD lui apprend à faire ses perfusions.

L'assistante sociale CRAM lui fournit des renseignements sur la tutelle testamentaire.

La rencontre a lieu. L'assistante sociale CRAM fait fonction de médiateur entre les deux soeurs.

Le traitement administratif de la situation se poursuit.

Lien avec le réseau ville-hôpital de l'arrondissement pour que l'organisation des soins soit prévue sur le lieu de vacances.

Refus du logement par les services du POPS car Marie avait omis de préciser dans le renouvellement de la demande que Françoise était hébergée chez elle. Renvoi d'un nouveau dossier.

Commencé il y a neuf mois, le travail social se poursuit.

Le service social de l'entreprise

Le salarié infecté par le VIH peut être confronté à une situation difficile sur son lieu de travail. Néanmoins, il peut trouver, au sein de l'entreprise, un espace qui lui est ouvert et qui prend en compte son statut professionnel et sa personne en tant que telle. C'est le service social d'entreprise.

Le contact avec le salarié

Dans la plupart des cas, avant la maladie, le salarié n'a pas eu l'occasion de rencontrer l'assistant social de l'entreprise. La rencontre, ou la mise en relation par un collègue, un chef de service, ou le médecin du travail, arrive souvent tardivement. Elle se produit pour diverses raisons :

- des questions de protection sociale, de rémunération, liées à des absences répétées ;
- des difficultés d'ordre physique ou psychique pour assurer le poste de travail ;
- des relations complexes avec l'environnement professionnel ;
- des questionnements sur le devenir professionnel ;
- le besoin de parler en toute confiance...

L'assistant social doit avoir une connaissance très fine des mécanismes de l'établissement, de ses structures, des modes de relation et de la culture de l'entreprise. Il est un " facilitateur " lorsque la communication devient difficile. Il occupe un poste de médiateur pour soutenir le salarié dans sa décision de dire ou de taire son état de santé, pour l'accompagner en respectant ses choix. Il offre un espace où les difficultés du salarié peuvent être entendues en toute confidentialité, où le salarié peut exprimer son besoin de reconnaissance, ses désirs.

Des fonctions spécifiques

Les principales fonctions du service social d'entreprise à l'égard du salarié atteint par le VIH ou malade sont :

- l'accueil, l'écoute ;
- l'évaluation de la situation ;
- l'aide à l'accès aux droits sociaux (protection sociale, salaires, arrêts de travail, participation à la recherche d'un poste de travail adapté ou à la reprise à temps partiel à caractère thérapeutique, etc.) ;
- le soutien des projets de vie du salarié afin de faciliter leur réalisation ;
- la médiation entre le salarié et l'environnement professionnel (maintien du lien social) ;
- l'accompagnement du salarié compte-tenu de l'évolution de la maladie.

Les entretiens se font à la demande du salarié.

Xavier

Xavier, 40 ans, célibataire, est gardien d'un grand bureau de poste. Il occupe un logement de fonction. Il a appris sa contamination à l'hôpital, suite à une intervention chirurgicale bénigne.

Assistante sociale concernée : l'assistante sociale de l'entreprise.

Évolution de la situation

Xavier contacte l'assistante sociale de l'entreprise, sans évoquer clairement sa maladie.

Xavier souhaite que l'assistante sociale contacte son médecin traitant.

La hiérarchie, les collègues de Xavier ont des soupçons sur la nature de sa maladie. Ils souhaitent mettre celui-ci à l'écart en lui recommandant un séjour dans une maison de convalescence, " dans son intérêt ”.

Xavier se montre réticent à l'intervention d'une aide ménagère.

Xavier reprend le travail.

Xavier décède deux ans après sa première hospitalisation

Actes professionnels

Comme à tout salarié hospitalisé de l'entreprise,

l'assistante sociale adresse un courrier à Xavier pour se mettre à sa disposition.

Un soutien, des entretiens réguliers ont lieu.

Avec le médecin, la reprise du travail est envisagée après une convalescence à domicile.

L'assistante sociale fait savoir à l'entreprise qu'après sa convalescence, Xavier reprendra son travail.

L'état de santé de Xavier étant précaire, l'assistante sociale lui propose l'intervention d'une aide ménagère à domicile.

Après de nombreux entretiens, Xavier accepte cette proposition. L'assistante sociale fait alors appel à une association spécialisée, VLS (Vaincre le sida).

L'assistante sociale le soutient dans cette reprise.

L'accompagnement de l'assistante sociale se poursuit jusqu'au décès de Xavier. Elle aidera ensuite sa famille dans ses démarches administratives. Elle apaisera également les craintes de contamination exprimées par les collègues de travail de Xavier en organisant une information générale sur les modes de transmission du sida, dans l'entreprise.

Le service social polyvalent de secteur

De par son histoire et son inscription dans les services des conseils généraux ou des services conventionnés, le service social polyvalent de secteur s'adresse le plus souvent aux familles, aux couples ou aux personnes seules avec enfants et plus récemment à des personnes isolées concernées par les divers dispositifs sociaux (RMI, FSL).

Questions principales

La définition de la politique de lutte contre l'infection par le VIH appartient à l'État (livre III du Code de la santé publique, titre VII, art. L 355.22). La majorité des conseils généraux confie principalement la prise en charge sociale des personnes atteintes par le VIH à leurs services sociaux départementaux et notamment aux services sociaux polyvalents. Certains la refusent. Il existe donc des disparités d'un département l'autre. Que doit-on en conclure ? – que l'intervention sociale est renvoyée aux services sociaux spécialisés ?

– que les DASS État ont reçu compétence, mais avec quels moyens mis en place ? qu'implicitement, le service social du conseil général étant polyvalent, il peut se saisir lui-même de cette mission sauf opposition explicite de son conseil général ?

La polyvalence de secteur peut-elle rester à l'écart des réflexions et des actions nécessaires à la lutte contre le sida aujourd'hui ?

Le cadre professionnel est-il identique dans les relations avec les personnes concernées par le sida ? Les modalités de travail doivent-elles être différentes ?

Les éléments de déontologie, d'éthique, le secret professionnel sont-ils du même ordre ?

L'assistant social polyvalent de secteur ne peut travailler seul dans une situation de ce genre. Quels sont les liens partenariaux qu'il a à créer ?

L'émergence de nouvelles pratiques

L'infection par le VIH conduit une nouvelle population notamment des usagers de drogues, des homosexuels, au service social de leur quartier.

L'assistant social de secteur se trouve confronté à de nouvelles situations qui vont influencer sur sa pratique professionnelle.

Les usagers de drogue n'ont pas l'habitude de fréquenter le service social. C'est donc essentiellement par l'intermédiaire des familles qu'ils sont connus. Quel va être le regard de l'assistant social sur les pratiques toxicomaniaques, quelle écoute et quel travail doit être entrepris auprès de ces personnes ?

La contamination par voie sexuelle touche un sujet tabou. Le service social n'est pas le lieu habituel pour aborder ce sujet. Si le service social veut investir le champ de la prévention, il semble indispensable d'autoriser une parole sur la sexualité pour les jeunes mais aussi pour les adultes.

Ainsi au-delà de l'accueil d'une population différente, c'est bien de l'écoute d'un " dire " différent dont il est question.

Un travail de réflexion

Le partage des savoirs, des savoir-faire, des savoir-être, avec les différents acteurs du terrain est indispensable. Ces échanges vont permettre la mise en commun d'expériences nouvelles, parfois innovantes.

D'une façon plus globale se pose la question du sens du travail social polyvalent de secteur. La mise en place de groupes de travail, de supervision, de formation à des pratiques nouvelles, de sensibilisation à des techniques diverses (approche globale, communication verbale et non verbale...) est indispensable pour assurer un accompagnement social de qualité. Les rencontres avec les partenaires de terrain mettent à jour les représentations de chacun, clarifient les champs de compétence des uns et des autres et précisent la place de l'assistant social.

C'est en formalisant leur matériel de réflexion que les acteurs du travail social permettent la circulation des idées et la diffusion de pratiques nouvelles.

Pour que ces échanges puissent se produire, les assistants sociaux ont besoin de lieux de réflexion et de temps de supervision. Cette démarche n'est possible que grâce à l'assentiment et au soutien de l'institution.

Yasmina

Yasmina, algérienne, a 30 ans ; elle vit depuis 25 ans en France. Usager de drogue et contaminée par le VIH, elle perçoit le RMI et l'allocation parent isolé.

Son mari, Ali, 36 ans, marocain, menuisier, est arrivé très jeune en France. Incarcéré depuis quelques mois pour violence envers sa femme, il est séronégatif.

Amina, 8 ans, fille de Yasmina et d'Ali, est séronégative.

Ischam, 6 ans, fils de Yasmina et d'Ali, est séropositif.

La famille vit dans un deux-pièces de 30 m² à Paris. Avant l'incarcération du père, une mesure d'AEMO a été prise après le constat de violence et l'usage de drogue.

Assistants sociales concernées : l'assistante sociale du secteur (assistante sociale S), l'assistante sociale du service d'AEMO (assistante sociale AEMO), l'assistante sociale de l'hôpital pour adultes (assistante sociale A), l'assistante sociale de l'hôpital pour enfants (assistante sociale E), l'assistante sociale de l'école de l'enfant à Paris (assistante sociale scolaire). D'un commun accord, les assistantes sociales concernées décident que l'accompagnement social sera assuré par l'assistante sociale de l'hôpital pour enfants (la famille habite près de l'hôpital).

Évolution de la situation

Avril 1990 : Yasmina contacte l'assistante sociale de l'hôpital pour enfants au sujet de factures hospitalières. Elle parle de sa toxicomanie et de sa grande fatigue.

Yasmina est prise en charge, par une association d'aide aux usagers de drogue. Ali sort de prison et revient au domicile.

Avril 1992 : hospitalisation de Yasmina. Ali a quitté le domicile et la laisse sans nouvelles. Elle sort contre avis médical pour s'occuper de ses enfants.

Décembre 1992 : dégradation de l'état de santé de Yasmina. Elle est hospitalisée.

Ali revient au domicile et se mobilise pour aider ses deux enfants.

Janvier 1993 : retour de Yasmina au domicile. Départ d'Ali dans un foyer pour hommes. Dette de loyer très importante.

Yasmina est employée dans une pharmacie en qualité de manutentionnaire. Ischam est scolarisé.

Février 1993 : Yasmina se drogue à nouveau.

Son état de santé se dégrade.

Juin 1993 : demande de divorce de la part de Yasmina. Elle adhère à la demande d'AEMO. Elle parle de sa mort et des problèmes de tutelle pour les enfants.

Elle demande le placement des enfants en cas d'hospitalisation. Elle est hospitalisée. Ali qui a retrouvé du travail, se déclare prêt à s'occuper des enfants. Yasmina accepte.

Juillet 1993 : le problème des vacances se pose pour les enfants.

Septembre 1993 : Yasmina sort de l'hôpital.

Ali et Yasmina cohabitent dans la journée. Le soir Ali retourne dans son foyer. Nombreuses hospitalisations de Yasmina.

Mars 1994 : Ali prend la situation en main.

Octobre 1994 : Ischam doit être hospitalisé pour plusieurs mois. Yasmina est également hospitalisée.

Janvier 1995 : décès de Yasmina pendant l'hospitalisation d'Ischam. Ali demande la main levée de l'AEMO et l'obtient.

Mars 1995 : Ali perd son travail mais n'a pas droit aux allocations chômage.

Ali accepte le suivi des enfants par la psychologue.

Septembre 1995 : Ali retrouve un travail stable grâce à une association spécialisée sida.

Actes professionnels

L'assistante sociale E régularise l'ouverture des droits pour la prise en charge à 100 %. Avec l'accord de Yasmina, elle contacte l'assistante sociale AEMO pour obtenir une place en halte-garderie pour Ischam.

Les contacts sont réguliers avec la famille grâce aux venues en consultation d'Ischam ; l'enfant va bien.

Arrêt de l'AEMO administrative. Avec l'accord de Yasmina, prise de contact avec Ali. Longs entretiens au cours desquels il exprime leurs problèmes de couple. Entretiens téléphoniques avec Yasmina. Elle souhaite avoir des nouvelles des enfants.

Coordination ente l'assistante sociale E, l'assistante sociale et l'assistante sociale S.

Une aide est demandée pour le règlement des dettes par le biais du FSL.

Proposition d'une aide à domicile.

Contacts réguliers entre les assistantes sociales.

Avril 1993 : réunion de synthèse avec l'assistante sociale S, l'assistante sociale A, l'assistante sociale E, et l'assistante sociale scolaire.

Le service d'AEMO ne voit pas la nécessité d'une nouvelle mesure d'AEMO mais la décision d'un signalement au juge est prise par l'ensemble des assistantes sociales.

Une famille d'accueil d'une association spécialisée prend en charge les enfants. Régulation entre les assistantes sociales afin de suivre la situation. L'assistante sociale A s'entretient avec Yasmina et négocie avec elle afin qu'Ali puisse prendre en charge les enfants et retourner au domicile. Demande de l'AAH pour Yasmina. Une aide ménagère vient au domicile.

Les assistantes sociales proposent un séjour de deux mois dans une famille d'accueil pour les vacances.

Synthèse élargie entre les assistantes sociales et les associations concernées pour coordonner les interventions de chacun.

Une mesure d'AEMO judiciaire est prise du fait de la toxicomanie de la mère.

Règlement des problèmes administratifs.

Dettes de loyers réglées par le FSL.

Visite à domicile de l'assistante sociale E et l'assistante sociale AEMO.

Il n'y aura qu'une hospitalisation de nuit pour l'enfant. Un chauffeur d'une association spécialisée se charge du transport d'Ischam entre l'école et l'hôpital.

Liaison constante entre tous les intervenants.

Accompagnement d'Ali et des enfants.

L'assistante sociale S demande le RMI. Elle prend le relais de l'assistante sociale E sur le plan administratif.

La proposition est faite à Ali de faire suivre les deux enfants par la psychologue de l'hôpital pour enfants afin de les aider à assumer le deuil de leur mère.

En soutenant Ali, l'équipe des assistantes sociales lui a redonné confiance en lui et l'a déculpabilisé. Il rencontre l'assistante sociale E une fois par semaine pour son fils Ischam. Il est angoissé devant la dégradation physique de celui-ci. Son projet est de retourner au Maroc avec sa fille aînée si le petit décède.

Bibliographie

VIH et sida

- Publications de rapports de recherche par l'Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS), Coll. " sciences sociales et sida ", Paris :
 - Les jeunes face au sida, de la recherche à l'action : une synthèse des enquêtes et des recherches françaises, 1993, 128 p.
 - Connaissances, représentations, comportements, sciences sociales et prévention du sida, 1994, 112 p.
 - Les personnes atteintes : des recherches sur leur vie quotidienne et sociale, 1994, 96 p.
 - Prospective sida 2010 – Le sida en France : état des connaissances en 1994, 1995, 216 p.
 - Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales, 1995, 382 p.
- Au Fil de la vie, Paris, Arcat/ministère de la Jeunesse et des Sports, 1995, 42 p.
- Des infirmières face au sida – Représentations et conduites, permanence et changements, A. Giami, C. Veil, C. Samalin-Amboise, C. Veil-Barat, Paris, Inserm, 1994, coll. " Analyses et prospective ", 265 p.
- Droit et sida – Guide juridique, Paris, Aides, 1995, 238 p.
- Droits de l'enfant et infection par le VIH, sous la direction de F. Jesu, Paris, Institut de l'enfance et de la famille, 1994, 344 p.
- Enfants nés de mère séropositive au VIH – Aspects psychosociaux et dynamiques familiales, Inserm, 1995, coll. " Questions en santé publique ", 158 p.
- Éthique, sida et société, Rapport d'activité du Conseil national du sida 1989-1994, Paris, La Documentation française, 1996, 490 p.
- Infection par le VIH et sida, 6^e édition, Paris, Arcat/MNH/, 1995, 160 p.
- L'accueil de l'enfant séropositif, 2^e édition, Paris, Arcat, 1996, 80 p.
- Le couloir : une infirmière au pays du sida, F. Baranne, Paris, Gallimard, 1994, Coll. " Témoins ", 148 p.

- Le guide du sida, Paris, Crips-Vigot, 1996, 576 p.
- Le Journal du sida, Arcat/Civis, mensuel, édité depuis 1988.
- Le livre blanc – Les besoins sanitaires et sociaux des usagers de drogues, L. Delpierre, J. Fournie, D. Vasseur, Paris, Fondation toxicomanie et prévention jeunesse, 1994, 138 p.
- Les enjeux éthiques, C. Manuel, J.-L. San Marco, Paris, Doin, 1994, 276 p.
- Le sida, J.-P. Cassuto, A. Pesce, J.-F. Quaranta, Paris, PUF, 1994, coll. “ Que sais-je ? ”, 127 p.
- L’infection par le virus de l’immunodéficience humaine, ministère du Travail et des Affaires sociales/Conseil national du sida, Paris, Direction des journaux officiels, n° 95/10 bis, 386 p.
- Migrants et perception du sida, R. Moumen-Marcoux, Paris, L’Harmattan, 1993, coll. “ Santé, sociétés et cultures ”, 144 p.
- Mourir chez soi – Guide à l’intention des personnes qui désirent garder à la maison une personne atteinte du sida jusqu’à la mort, A. Johnson, Toronto, AIDS committee of Toronto (ACT), 1994, 266 p.
- Populations africaines et sida, J. Valin, dir., B. Auvert, N. Brouard, F. Chieze, J.-P. Dozon, A. Guillaume, Paris, La Découverte, CEPED Recherches, 1994, 224 p.
- Prise en charge des personnes atteintes par le VIH – Rapport 1996, sous la direction de J. Dormont, Paris, ministère du Travail et des Affaires sociales, Flammarion, 1996, coll. “ Médecine-Sciences ”, 336 p.
- Responsabilités humaines pour temps de sida, E. Hirsch, Le Plessis-Robinson, Synthélabo-Les empêcheurs de penser en rond, 1994, 460 p.
- Sida, enfant, famille – Les implications de l’infection à VIH pour l’enfant et la famille, sous la direction de E. Chevallier, Paris, Centre international de l’enfance, 1993, coll. “ Les synthèses bibliographiques ”, 356 p.
- Sida et entreprise – Agir pour prévenir, Paris, 1994, Mutualité française/AFLS, 44 p.
- VIH et vacances, 2e édition, Paris, Arcat, 1996, 88 p.
- VIH-sida, une approche multidisciplinaire, sous la direction de M. Reidy et M. E. Taggart, Paris, Gaëtan Morin, 1995, 652 p.

- De la qualification à la professionnalité, sociologie du travail, Dunod, 1987.
- Déontologie et travail, rapport du ministère des Affaires sociales, La Documentation française, 1993.
- Dictionnaire critique de l'action sociale, J.-Y. Barreyre, B. Bouquet, A. Chantreau, P. Lassus, Paris, Bayard, 1995, Coll. " Travail social ", 438 p.
- Entre nous, E. Lévinas, Paris, Grasset, 1991.
- Éthique, n° spécial, Informations sociales, CNAF, janv.-fév.1991, n°9, 124 p.
- Éthique et infini, E. Lévinas, Paris, Fayard, 1982, 128 p.
- Le contrat en travail social, sous la direction de C. de Robertis, Paris, Bayard, 1993, Coll. " Travail social ", 270 p.
- L'intervention collective en travail social, C. de Robertis et H. Pascal, Paris, Bayard, Coll. " Travail social ".
- Méthodologie de l'intervention en travail social, C. de Robertis, Paris, Bayard, 1994, Coll. " Travail social ", 320 p.
- Soi-même comme un autre, P. Ricoeur, Paris, Le Seuil, 1990.

Centres régionaux d'information et de prévention du sida

Les Crips (centres régionaux d'information et de prévention du sida) sont des centres de ressources documentaires présentant des affiches, des expositions, des brochures, des vidéo, des outils pédagogiques, des ouvrages, des dossiers... D'autres fonds documentaires sont consultables dans certaines associations et dans les comités régionaux ou départementaux d'éducation pour la santé.

Crips Auvergne

CADIS

3-5, place Aragon

63000 Clermont-Ferrand

Tél. : 04 73 34 12 12

Fax : 04 73 37 97 65

Crips Aquitaine

Université de Bordeaux-II

3 ter, place de la Victoire

33076 Bordeaux Cedex

Tél. : 05 57 57 18 80/81

Fax : 05 57 57 18 82

Crips Ile-de-France

192, rue Lecourbe

75015 Paris

Tél. : 01 53 68 88 88

Fax : 01 53 68 88 89

3614 CRIPS

E-mail : documentation@crips.asso.fr

Crips Nord-Pas-de-Calais

MRPS

13, rue Faidherbe

59046 Lille Cedex

Tél. : 03 20 15 49 10

Fax : 03 20 15 49 01

E-mail : docmrps@easynet.fr

Crips Pays de la Loire

ORS Pays de la Loire

Hôtel de la Région

1, rue de la Loire

44266 Nantes Cedex 2

Tél. : 02 40 41 41 28

Fax : 02 40 41 36 94

Crips Provence-Alpes-Côte d'Azur

- Antenne Marseille

18, rue Lafon

13251 Marseille Cedex 20

Tél. : 04 91 13 03 40

Fax : 04 91 33 32 46

E-mail : cripspaca@lac.gulliver.fr

- Antenne Nice

6, rue de Suisse

06000 Nice

Tél. : 04 92 14 41 20

Fax : 04 92 14 41 22

Crips Rhône-Alpes

CRAES

9, quai Jean-Moulin

69001 Lyon

Tél. : 04 72 00 55 70

Fax : 04 72 00 07 53

E-mail : craes-lyon@asi.fr

Sites Internet

<http://services.worldnet.fr/acttreat/>

Site de l'association Action traitement

<http://www.actupp.org>

Site de l'association Act-Up Paris

<http://www.aides.org>

Site de l'association Aides

<http://www.b3e.jussieu.fr/rnsp>

Site du réseau national de santé publique

<http://www.ccne-ethique.org>

Site du comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

<http://www.ceses.org>

Site du centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida

<http://www.crips.asso.fr>

Site du réseau des Crips

<http://www.crips.asso.fr/webidf/partenaires>

Site de la revue Transcriptase

<http://www.hivnet.ch>

Site suisse sur le sida

<http://www.sante.gouv.fr>

Site du ministère de l'Emploi et de la Solidarité

<http://www.sidaction.org>

Site d'Ensemble contre le sida

<http://www.sidanet.asso.fr>

Site francophone pour les praticiens

<http://www.solensi.asso.fr>

Site de l'association Sol En Si

<http://www.unaids.org>

Site de l'Onusida

<http://www.vih.org>

Site des associations françaises de lutte contre le sida

Permanences téléphoniques nationales

Actions-traitements

Ligne d'information et de conseils sur les traitements

Lundi-vendredi 15 h à 18 h

Tél. : 01 43 67 00 00

Drogues infos service

7 jours sur 7, 24 heures sur 24

appel anonyme, confidentiel et gratuit

N° vert régionalisé : 0 800 23 13 13

Écoute gaie

Lundi-jeudi 18 h à 22 h

Tél. : 01 44 93 01 02

Facts

Help-line for english-speaking people

Lundi, mercredi, vendredi 18 h à 22 h

Tél. : 01 44 93 16 69

Fil santé jeune

7 jours sur 7, de 8 h à 24 h

appel confidentiel et gratuit

N° vert : 0 800 235 236

Ligne Azur

Pour les jeunes en recherche d'orientation sexuelle et leurs proches

Lundi au samedi de 17 h h à 21 h

N° azur : 0 801 20 30 40

Réso

Accès aux soins pour les plus démunis

Lundi-vendredi 9 h à 20 h, samedi 9 h à 13 h

appel confidentiel et gratuit

N° vert : 0 800 23 26 00

Sida Info Droit

Ligne juridique et sociale

Un partenariat de Aides et de Sida Info Service

Mardi 16 h à 22 h, vendredi 14 h à 18 h.

N° azur : 0 801 636 636

Sida Info Service (SIS)

7 jours sur 7, 24 heures sur 24,

appel anonyme, confidentiel et gratuit

N° vert régionalisé : 0 800 840 800

3615 SIDA INFO (1,29 F/mn)

VIH Info soignants

Pour répondre aux soignants confrontés au VIH et aux accidents d'exposition au sang

7 jours sur 7, 9 h à 23 h

N° azur : 0 801 630 515

Carnet d'adresses

Il existe de nombreuses structures qui participent à un titre ou à un autre à la lutte contre le sida. Nous donnons ici les coordonnées des institutions qui ont une action nationale ou régionale. Les coordonnées des structures locales peuvent être obtenues en appelant Sida Info Service au 0 800 840 800 ou, dans chaque département, à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

ACCS

Association des communistes combattants du sida

2, esplanade de la Rosace

93200 Saint-Denis

Tél. : 01 42 43 77 21

Fax : 01 42 43 77 29

Acctes

Association de coopération et de coordination de travaux d'études sur le sida

21, rue de Dantzig

75015 Paris

Tél. : 01 44 49 49 71

Actions-traitements

(Groupes de suivi médical pour personnes atteintes et personnel soignant)

190, boulevard de Charonne

75020 Paris

Tél. : 01 43 67 66 00

Fax : 01 43 67 37 00

3614 HIVINFO

Act Up-Paris

(Actions politiques, revendication, défense des droits des malades)

45, rue Sedaine

75011 Paris

Tél. : 01 48 06 13 89

Fax : 01 48 06 16 74

3615 ACTUP

E-mail : act@actupp.org

ADT

Association de défense des transfusés

(Aide dans la constitution d'un dossier de recours en indemnisation)

11, rue Bailly

75003 Paris

Tél. : 01 40 27 84 44

Fax : 01 40 27 86 11

Aides Fédération nationale

(Association de volontaires pour l'aide aux personnes atteintes et à leurs proches, l'aide à la recherche, l'information et la prévention. Présente dans une centaine de villes en France)

23, rue de Château-Landon

75010 Paris

Tél. : 01 53 26 26 26

Fax : 01 53 26 27 00

3615 AIDES

AJCS

Action jeunes conseil santé

(Information, prévention)

6, rue Dante

75005 Paris

Tél. : 01 46 33 71 83

Fax : 01 46 33 71 48

E-mail : ajcs@chez.com

ALS

Association de lutte contre le sida

(Accueil, information, prévention, aide aux malades)

16, rue Pizay

BP 1208

69209 Lyon Cedex 01

Tél. : 04 78 27 80 80

Fax : 04 78 39 15 61

Anit

Association nationale des intervenants en toxicomanie

8, rue de l'Haye

69230 Saint-Génis-Laval

Tél. : 04 78 56 46 00

Fax : 04 72 39 97 58

Arcat

Association de recherche, de communication et d'action pour le traitement du sida

(Aide aux malades, service médico-social, aide à la recherche, publication d'informations générales et spécialisées)

94-102, rue de Buzenval

75020 Paris

Tél. : 01 44 93 29 29

Fax : 01 44 93 29 30

www.arcat-sante.org

Armée du Salut

(Hébergement)

60, rue des Frères-Flavien

75976 Paris Cedex 20

Tél. : 01 43 62 25 00

Fax : 01 43 62 25 56

ASP

Association pour le développement des soins palliatifs

44, rue Blanche

75009 Paris

Tél. : 01 45 26 58 58

Fax : 01 45 26 23 50

Association des médecins gais (AMG)

(Conseils, documents de prévention)

BP 433

75527 Paris Cedex 11

Tél. : 01 48 05 81 71

Mercredi 18 h à 20 h et samedi 14 h à 16 h.

3615 GPH puis AMG

Association des polytransfusés

8, boulevard Davout

75020 Paris

Tél. et fax : 01 43 56 82 66

Association Didier-Seux, santé mentale et sida

(Professionnels de santé)

6, rue de l'Abbé-Grégoire

75006 Paris

Tél. : 01 45 49 26 78

Fax : 01 45 48 07 77

Association française des hémophiles

6, rue Alexandre-Cabanel

75739 Paris Cedex 15

Tél. : 01 45 67 77 67

Fax : 01 45 67 85 44

E-mail : afh@calva.net

ASUD

Auto-support des usagers de drogue

23, rue de Château-Landon

75010 Paris

Tél. : 01 53 26 26 53

Fax : 01 53 26 26 56

Centre gai et lesbien (CGL)

3, rue Keller

75011 Paris

Tél. : 01 43 57 21 47

Fax : 01 43 57 27 93

Chrétiens et sida

(Groupes de réflexion, permanences d'accueil)

30, rue Boucry

75018 Paris

Tél. : 01 46 07 89 81

Fax : 01 46 07 34 81

E-mail : chretien.sida@vih.org

Collectif Olympio

(Regroupement des bus actions de santé communautaires avec les personnes prostituées)

c/o Cabiria

4, rue Désiré

BP 1145

69203 Lyon Cedex 01

Tél. : 04 78 30 02 65

Fax : 04 78 30 97 45

Croix-Rouge française

1, place Henry-Dunant

75008 Paris

Tél. : 01 44 43 11 00

Fax : 01 44 43 11 01

Dessine-moi un mouton

(Aide aux enfants atteints par le VIH et à leur famille)

35, rue de la Lune

75002 Paris

Tél. : 01 40 28 01 01

Fax : 01 40 28 01 10

E-mail : dessine.moi.un.mouton@wanadoo.fr

ECS

Ensemble contre le sida

(Collecte de fonds pour la recherche et les associations)

228, rue du Faubourg-Saint-Martin

75010 Paris

Tél. : 01 53 26 45 55

Fax : 01 46 07 82 82

E-mail : sidaction@sidaction.org

Emmaüs France

179 bis, quai de Valmy

75010 Paris

Tél. : 01 46 07 51 51

Fax : 01 46 07 69 10

Facts

[Free Aids Counselling Treatment Support for english-speaking people of all nationalities with or affected by HIV/Aids](#)

190, boulevard de Charonne

75020 Paris

Tél. : 01 44 93 16 32

Fax : 01 44 93 16 60

Fédération nationale des centres de lutte contre le sida

(Professionnels de santé)

Groupe hospitalier Pellegrin

Hôpital du Tondu

Place Amélie Raba-Léon

33 076 Bordeaux Cedex

Tél. : 05 56 79 56 06

Fax : 05 56 79 60 87

E-mail : cisih@chu-aquitaine.fr

First

Formations-interventions-recherches sur le sida et les toxicomanies
(Professionnels)

26, avenue Saint-Mandé

75012 Paris

Tél. : 01 40 04 94 46

Fax : 01 44 75 06 90

E-mail : assfirst@club-internet.fr

Fnars

Fédération nationale des associations d'accueil et de réadaptation sociale

76, rue du Faubourg-Saint-Denis

75010 Paris

Tél. : 01 45 23 39 09

Fax : 01 47 70 27 02

Fondation de France

40, avenue Hoche

75008 Paris

Tél. : 01 44 21 31 00

Fax : 01 44 21 31 01

Fondation mondiale recherche et prévention sida

(Recherche et prévention)

1, rue Miollis

75732 Paris Cedex 15

Tél. : 01 45 68 38 41

Fax : 01 42 73 37 45

Le kiosque info sida toxicomanie

(Information, prévention)

6, rue Dante

75005 Paris

Tél. : 01 44 78 00 00

Fax : 01 48 04 95 20

Le Patchwork des noms

(Aide au deuil par la réalisation de panneaux de tissus à la mémoire de proches décédés du sida)

c/o Sida Info Service

190, boulevard de Charonne

75020 Paris

Tél. : 01 44 93 16 16

Les Sœurs de la perpétuelle indulgence

(Groupe d'homosexuels travestis en religieuses, collecte de fonds)

13, rue Raymond-Losserand

75014 Paris

Fax : 01 45 39 69 72

Médecins du monde

62, rue Marcadet

75018 Paris

Tél. : 01 44 92 15 15

Fax : 01 44 92 99 99

E-mail : medmonde@club-internet.fr

Médecins sans frontières

8, rue Saint-Sabin

75011 Paris

Tél. : 01 40 21 29 29

Fax : 01 48 06 68 68

3615 MSF

E-mail : office@paris.msf.org

Opals International

Organisation pan-africaine de lutte contre le sida

(Prévention, formation, centres de traitements ambulatoires)

15-21, rue de l'École-de-Médecine

75006 Paris

Tél. : 01 43 26 30 86

Fax : 01 43 25 66 16

E-mail : opalsjav@ccr.jussieu.fr

Secours catholique

106, rue du Bac

75007 Paris

Tél. : 01 45 49 73 00

Fax : 01 45 49 94 50

3615 Secours catholique

Sol En Si

Solidarité, enfants, sida

(Aide aux familles touchées par le sida : halte-garderie, soutien à domicile, recherche d'emploi et de logement)

125, rue d'Avron

75020 Paris

Tél. : 01 43 79 60 90

Fax : 01 43 79 80 03

E-mail : solensi@imagnet.fr

Solidarité sida

(Réculte de fonds, actions de prévention auprès des jeunes, formation de relais)

14, rue de Savoie

75006 Paris

Tél. : 01 53 10 22 22

Fax : 01 53 10 22 20

SOS Habitat et soins

Association pour les appartements et les actions de relais thérapeutique et social

(Hébergement transitoire et suivi social pour personnes atteintes par le VIH ou usagers de drogues, en situation de précarité)

379, avenue du président Wilson

93210 La Plaine Saint-Denis

www.groupe-sos.org

Syndicat national des entreprises gaies (SNEG)

(Information et prévention)

44, rue du Temple

75004 Paris

Tél. : 01 44 59 81 01

Fax : 01 44 59 81 03

Uraca

Unité de réflexion et d'action des communautés africaines

1, rue Léon

75018 Paris

Tél. : 01 42 52 50 13

Fax : 01 44 92 95 35

VLS

Vaincre le sida

41, rue Volta

75003 Paris

Tél. : 01 44 78 75 50

Fax : 01 42 77 66 37

Organismes officiels

Agence du médicament

143-145, boulevard Anatole-France

93200 Saint-Denis

75015 Paris

Tél. : 01 48 13 20 00

Fax : 01 48 13 20 03

Agence française du sang (AFS)

6, rue Alexandre-Cabanel

75015 Paris

Tél. : 01 44 49 66 00

Fax : 01 44 49 66 19

Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS)

101, rue de Tolbiac

75013 Paris

Tél. : 01 53 94 60 00

Fax : 01 53 64 60 01

E-mail : hpollard@anrs.imaginet.fr

Centre européen pour la surveillance épidémiologique du sida

(Centre collaborateur de l'OMS-CE)

Hôpital national de Saint-Maurice

14, rue du Val-d'Osne

94410 Saint-Maurice

Tél. : 01 41 79 68 00

Fax : 01 41 79 68 01

E-mail : jaceses@b3e.jussieu.fr

Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé

71, rue Saint-Dominique

75007 Paris

Tél. : 01 44 42 48 52 ou 53

Fax : 01 44 42 48 48

E-mail : contact@ccne-ethique.org

Comité français d'éducation pour la santé (CFES)

2, rue Auguste-Comte

BP 51

92174 Vanves

Tél. : 01 41 33 33 33

Fax : 01 41 33 33 90

3615 CFES

Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL)

21, rue Saint-Guillaume

75340 Paris Cedex 07

Tél. : 01 53 73 22 22

Fax : 01 53 73 22 00

3615 CNIL

Conseil national du sida (CNS)

25-27, rue d'Astorg

75008 Paris

Tél. : 01 44 56 38 50

Fax : 01 44 56 38 90

Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels

Direction des relations du travail

20 *bis*, rue d'Estrées

75700 Paris 07 SP

Tél. : 01 44 38 26 41

Fax : 01 44 38 26 48

Direction des hôpitaux

Mission sida

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

8, avenue de Ségur

75350 Paris 07 SP

Tél. : 01 40 56 46 58

Fax : 01 40 56 58 30

E-mail : dh-e02-chfbur@sante.gouv.fr

Division de l'Action sociale

Division sida

Direction générale de la santé

8, avenue de Ségur

75350 Paris 07 SP

Tél. : 01 40 56 56 01 ou 95

Fax : 01 40 56 56 20

E-mail : dgs-ds@sante.gouv.fr

Direction des Journaux officiels

26, rue Desaix

75727 Paris Cedex 15

Tél. : 01 40 58 75 00

Tél. : 01 40 58 76 00 (serveur vocal)

Fax : 01 45 79 17 84

3616 JOEL

Documentation française

29-31, quai Voltaire

75344 Paris Cedex 07

Tél. : 01 40 15 70 00

Fax : 01 40 15 72 30

Fonds d'indemnisation des hémophiles transfusés

BP 115

94303 Vincennes Cedex

Tél. : 01 43 98 78 78

(Lettres recommandées avec accusés de réception)

Geres

Groupe d'étude sur le risque d'exposition au sang

(Professionnels de santé)

Faculté de médecine Xavier-Bichat

16, rue Henri-Huchard

BP 416

75870 Paris Cedex 18

Tél. : 01 44 85 61 83

Fax : 01 44 85 62 45

E-mail : geres@imagnet.fr

Haut comité de la santé publique

1, place Fontenoy

75350 Paris 07 SP

Tél. : 01 46 56 60 00

Fax : 01 46 56 79 49

Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)

101, rue de Tolbiac

75654 Paris Cedex 13

Tél. : 01 44 23 60 00

Fax : 01 45 85 68 56

Institut national de recherche et de sécurité (INRS)

30, rue Olivier-Noyer

75680 Paris Cedex 14

Tél. : 01 40 44 30 00

Fax : 01 40 44 30 99

Mildt

Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

10, place des Cinq-Martyrs-du-Lycée- Buffon

75506 Paris Cedex 15

Tél. : 01 40 56 63 00

Fax : 01 40 56 63 13

Programme commun des Nations Unies sur le VIH-sida (Onusida)

20, avenue Appia

1211 Genève 27

Suisse

Tél. : (+4122) 791 3666

Fax : (+4122) 791 4187

Réseau national de santé publique (RNSP)

Hôpital national de Saint-Maurice

14, rue du Val-d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex

Tél. : 01 41 79 67 00

Fax : 01 41 79 67 66

E-mail : lot@b3e.jussieu.fr

Consultations de dépistage anonyme et gratuit

(Source : Division sida – septembre 1998)

Ces coordonnées sont aussi disponibles sur minitel par l'annuaire électronique de France Telecom, gratuit les trois premières minutes. Faire le 36 11, taper " sida " et une localité et se laisser guider.

Dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG et CIDAG), l'identité des personnes n'est pas demandée.

01 AIN

- **Bourg-en-Bresse**

Centre hospitalier de Fleyriat

Tél. : 04 74 45 41 89

- **Gex**

Hôpital Local

Tél. : 04 50 40 38 16

- **Oyonnax**

Centre hospitalier

Tél. : 04 74 73 10 86

02 AISNE

- **Château-Thierry**

Centre hospitalier

Tél. : 03 23 69 66 68

- **Laon**

Centre hospitalier

Tél. : 03 23 24 37 37

- **Saint-Quentin**

Centre hospitalier

Tél. : 03 23 06 74 74

- **Soissons**

Centre hospitalier

Tél. : 03 23 75 74 04

03 ALLIER

- **Montluçon**

Centre médico-social

Tél. : 04 70 03 89 77

- **Moulins**

Centre hospitalier

Tél. : 04 70 20 88 00

- **Vichy**

Centre hospitalier

Tél. : 04 70 97 13 30

04 ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE

- **Digne-les-Bains**

Centre hospitalier Charles-Romieu

Tél. : 04 92 30 17 21

05 HAUTES-ALPES

- **Briançon**

Centre hospitalier

Tél. : 04 92 25 34 33

- **Gap**

Centre hospitalier

Tél. : 04 92 40 61 89

06 ALPES-MARITIMES

- **Cannes**

Centre de prévention médicale

Tél. : 04 93 39 06 36

Hôpital des Broussailles

Tél. : 04 93 69 71 79

- **Nice**

Centre de prophylaxie des MST

Tél. : 04 93 85 12 62

07 ARDECHE

- **Aubenas**

Centre hospitalier

Tél. : 04 75 35 60 22

- **Privas**

Centre hospitalier

Tél. : 04 75 20 20 73

08 ARDENNES

- **Charleville-Mézières**

Hôpital Corvisart

Tél. : 03 24 56 78 15

- **Fumay**

Centre hospitalier

Tél. : 03 24 41 54 80

- **Sedan**

Centre hospitalier

Tél. : 03 24 27 80 00 ou 91

09 ARIEGE

- **Foix**

Centre hospitalier intercommunal du Val-d'Ariège

Tél. : 05 61 05 41 30

10 AUBE

- **Troyes**

Centre hospitalier

Tél. : 03 25 49 00 27

11 AUDE

- **Carcassonne**

Centre hospitalier Antoine-Gayraud

Tél. : 04 68 24 39 39

- **Narbonne**

Centre de diagnostic des maladies dysimmunitaires

Tél. : 04 68 90 68 90

12 AVEYRON

- **Millau**

Centre hospitalier

Tél. : 05 65 61 71 72

- **Rodez**

Centre de prévention médico-sociale

Tél. : 05 65 75 42 24

13 BOUCHES-DU-RHONE

- **Aix-en-Provence**

Centre médico-social

Tél. : 04 42 23 35 19

Centre hospitalier du Pays d'Aix

Tél. : 04 42 33 51 36

- **Arles**

Centre médico-social

Tél. : 04 90 93 00 95

- **Aubagne**

Centre médico-social

Tél. : 04 42 03 15 18

- **Marignane**

Centre médico-social

Tél. : 04 42 88 48 00

- **Marseille I^{er}**

Dispensaire central

Tél. : 04 91 90 11 24

- **Marseille VIII^e**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 04 91 78 43 43

- **Marseille XV^e**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 04 91 08 33 28

- **Martigues**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 04 42 40 32 32

- **Salon-de-Provence**

Centre médico-social

Tél. : 04 90 56 08 61

- **Vitrolles**

Centre médico-social

Tél. : 04 42 89 05 06

14 CALVADOS

- **Caen**

Centre de prophylaxie MST

Tél. : 02 31 94 84 22

15 CANTAL

- **Aurillac**

Centre hospitalier

Tél. : 04 71 46 56 10 ou 58

16 CHARENTE

- **Angoulême**

Centre de prévention médico-sociale

Tél. : 05 45 95 65 15

- **Cognac**

Centre hospitalier

Tél. : 05 45 35 13 13

- **Saint-Michel**

Centre hospitalier d'Angoulême

Tél. : 05 45 24 40 40 ou 42 84

17 CHARENTE-MARITIME

- **La Rochelle**

Centre hospitalier

Tél. : 05 46 45 52 40

- **Saintes**

Centre hospitalier

Tél. : 05 46 92 77 20

- **Vaux-sur-Mer**

Centre hospitalier de Royan

Tél. : 05 46 39 52 55

18 CHER

- **Bourges**

Centre hospitalier Jacques-Cœur

Tél. : 02 48 48 49 40

19 CORREZE

- **Brive-la-Gaillarde**

Centre hospitalier

Tél. : 05 55 92 66 67

- **Tulle**

Centre hospitalier

Tél. : 05 55 29 79 68

2A CORSE-DU-SUD

- **Ajaccio**

Centre hospitalier Eugénie

Tél. : 04 95 29 94 45

Dispensaire antivénérien

Tél. : 04 95 29 15 92

2B HAUTE-CORSE

- **Bastia**

Centre de prévention sanitaire

Tél. : 04 95 55 06 24 ou 25

Centre hospitalier

Tél. : 04 95 59 11 58

21 COTE-D'OR

- **Beaune**

Antenne du CDAG de Dijon

Tél. : 03 80 63 68 14

- **Dijon**

Faculté de Bourgogne – Médecine préventive

Tél. : 03 80 39 51 53

Dispensaire antivénérien

Tél. : 03 80 63 68 14

22 COTES-D'ARMOR

- **Saint-Brieuc**

Hôpital La Bauchée

Tél. : 02 96 01 72 99

23 CREUSE

- **Guéret**

Centre hospitalier

Tél. : 05 55 51 70 62

24 DORDOGNE

- **Bergerac**

Centre hospitalier Samuel-Pozzi

Tél. : 05 53 63 86 40

- **Périgueux**

Centre hospitalier général

Tél. : 05 53 07 70 00 ou 53

25 DOUBS

- **Besançon**

Dispensaire – Prophylaxie des MST

Tél. : 03 81 65 44 50

- **Montbéliard**

Dispensaire – Prophylaxie des MST

Tél. : 03 81 99 37 00

26 DROME

- **Montélimar**

Centre médico-social

Tél. : 04 75 01 29 04

- **Romans-sur-Isère**

Service communal d'hygiène et de santé

Tél. : 04 75 70 82 66

- **Valence**

Centre hospitalier

Tél. : 04 75 75 75 49

Dispensaire antivénérien du Polygone

Tél. : 04 75 42 35 70

27 EURE

- **Évreux**

Centre médico-social

Tél. : 02 32 39 15 00

28 EURE-ET-LOIR

- **Chartres**

Hôtel-Dieu

Tél. : 02 37 30 31 06

- **Le Coudray**

Hôpital Fontenoy

Tél. : 02 37 30 30 71

29 FINISTERE

- **Brest**

Hôpital de la Cavale-Blanche

Tél. : 02 98 34 71 91

Hôpital Morvan

Tél. : 02 98 22 33 15

- **Quimper**

Centre de planification familiale

Tél. : 02 98 52 62 90

30 GARD

- **Alès**

Centre hospitalier

Tél. : 04 66 78 34 56 ou 31 78

- **Bagnols-sur-Cèze**

Centre hospitalier général

Tél. : 04 66 79 10 20

- **Nîmes**

Centre médico-social

Tél. : 04 66 36 69 35

Hôpital Carémeau

Tél. : 04 66 68 31 75 ou 73

Hôpital Gaston-Doumergue

Tél. : 04 66 68 32 21 ou 96

31 HAUTE-GARONNE

- **Toulouse**

Centre hospitalier La Grave

Tél. : 05 61 77 78 59

Service interuniversitaire de médecine préventive

Tél. : 05 61 14 81 50

Service interuniversitaire de médecine préventive du Mirail

Tél. : 05 61 40 14 11

32 GERS

- **Auch**

Centre hospitalier

Tél. : 05 62 61 31 95

33 GIRONDE

- **Bordeaux**

Association Médecins du Monde

Tél. : 05 56 79 13 82

Hôpital Pellegrin

Tél. : 05 56 24 43 43

- **Talence**

Service interuniversitaire de médecine préventive

Tél. : 05 56 04 06 06

34 HÉRAULT

- **Béziers**

Consultation départementale des MST

Tél. : 04 67 35 73 84

- **Montpellier**

Hôpital Saint-Éloi

Tél. : 04 67 33 69 50

35 ILLE-ET-VILAINE

- **Rennes**

Centre hospitalier Pontchaillou

Tél. : 02 99 28 43 02

36 INDRE

- **Châteauroux**

Centre hospitalier général

Tél. : 02 54 29 60 04

37 INDRE-ET-LOIRE

- **Tours**

Centre départemental des actions de santé et de prévention

Tél. : 02 47 66 48 94

38 ISERE

- **Grenoble**

Centre départemental de santé

Tél. : 04 76 12 12 85

- **Vienne**

CIDAG

Tél. : 04 74 31 50 31

39 JURA

- **Dole**

Centre hospitalier Louis-Pasteur

Tél. : 03 84 79 80 77

- **Lons-le-Saulnier**

Centre hospitalier général

Tél. : 03 84 35 60 53

Poste 4011

40 LANDES

- **Dax**

Centre médico-social

Tél. : 05 58 90 19 06

- **Mont-de-Marsan**

Centre médico-social

Tél. : 05 58 46 27 27 poste 45

41 LOIR-ET-CHER

- **Blois**

Centre hospitalier

Tél. : 02 54 55 64 05

- **Romorantin**

Centre hospitalier

Tél. : 02 54 88 34 70

- **Vendôme**

Centre hospitalier

Tél. : 02 54 23 33 63 ou 20

42 LOIRE

- **Roanne**

Centre hospitalier

Tél. : 04 77 44 31 08

- **Saint-Étienne**

Centre de prévention et de traitement des MST

Tél. : 04 77 32 68 17

Hôpital de Bellevue

Tél. : 04 77 42 77 89

43 HAUTE-LOIRE

- **Le Puy-en-Velay**

Centre hospitalier Émile-Roux

Tél. : 04 71 05 66 90

44 LOIRE-ATLANTIQUE

- **Nantes**

Centre hospitalier régional – Hôtel-Dieu

Tél. : 02 40 08 31 34 ou 19

- **Saint-Nazaire**

Centre hospitalier

Tél. : 02 40 90 63 33

45 LOIRET

- **Orléans-la-Source**

Centre hospitalier

Tél. : 02 38 51 43 61

46 LOT

- **Cahors**

Centre hospitalier Jean-Rougier

Tél. : 05 65 20 54 11

47 LOT-ET-GARONNE

- **Agen**

Centre médico-social

Tél. : 05 53 69 40 41

48 LOZERE

- **Mende**

Centre hospitalier général

Tél. : 04 66 49 49 40

49 MAINE-ET-LOIRE

- **Angers**

Centre hospitalier régional universitaire

Tél. : 02 41 35 41 13

- **Cholet**

Centre hospitalier

Tél. : 02 41 49 68 81

50 MANCHE

- **Cherbourg**

Centre hospitalier Louis-Pasteur

Tél. : 02 33 20 76 63

51 MARNE

- **Cézanne**

Centre hospitalier

Tél. : 03 26 81 79 18

- **Châlons-en-Champagne**

Centre hospitalier

Tél. : 03 26 69 60 60 ou 31

- **Épernay**

Centre hospitalier Auban-Moët

Tél. : 03 26 58 71 02 ou 05

- **Reims**

Hôpital Robert-Debré

Tél. : 03 26 78 97 97 ou 45 70

- **Sainte-Menehould**

Centre hospitalier

Tél. : 03 26 60 81 41

- **Vitry-le-François**

Centre hospitalier

Tél. : 03 26 73 60 51

52 HAUTE-MARNE

- **Chaumont**

Centre hospitalier

Tél. : 03 25 30 71 77

- **Saint-Dizier**

Centre hospitalier

Tél. : 03 25 56 84 00

53 MAYENNE

- **Laval**

Centre hospitalier

Tél. : 02 43 66 50 80

Centre de planification

Tél. : 02 43 56 00 17

54 MEURTHE-ET-MOSELLE

- **Mont-Saint-Martin**

Association hospitalière du Bassin de Longwy

Tél. : 03 82 44 72 61

- **Vandœuvre-lès-Nancy**

Centre hospitalier de Brabois

Tél. : 03 83 15 40 06 ou 41 27

55 MEUSE

- **Bar-le-Duc**

Centre hospitalier Jeanne-d'Arc

Tél. : 03 29 45 88 55

- **Verdun**

Centre hospitalier général

Tél. : 03 29 83 83 32

56 MORBIHAN

- **Lorient**

Centre médico-social

Tél. : 02 97 84 42 66

- **Vannes**

Centre médico-social

Tél. : 02 97 54 76 00 ou 69

57 MOSELLE

- **Forbach**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 03 87 87 33 33

- **Metz**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 03 87 56 30 70

Centre hospitalier Bonsecours

Tél. : 03 87 55 33 83

- **Sarrebourg**

Centre hospitalier général Saint-Nicolas

Tél. : 03 87 23 24 44

- **Thionville**

Centre hospitalier Beauregard

Tél. : 03 82 55 89 10

58 NIEVRE

- **Nevers**

Centre hospitalier

Tél. : 03 86 68 30 61

59 NORD

- **Cambrai**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 27 81 57 00

- **Douai**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 27 98 50 61

- **Dunkerque**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 28 24 04 00

- **Lille**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 20 54 57 73

- **Maubeuge**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 27 64 62 64

- **Roubaix**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 20 73 41 92

- **Tourcoing**

Centre hospitalier

Tél. : 03 20 69 48 05 ou 14

- **Valenciennes**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 27 33 55 62

60 OISE

- **Beauvais**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 03 44 06 53 40

- **Compiègne**

Centre hospitalier

Tél. : 03 44 86 32 23

Tél. : 03 44 23 64 97

- **Creil**

Centre hospitalier Laënnec

Tél. : 03 44 61 60 00 ou 65 10

61 ORNE

- **Alençon**

Centre hospitalier

Tél. : 02 33 32 30 49

Dispensaire antivénérien

Tél. : 02 33 26 04 23

62 PAS-DE-CALAIS

- **Arras**

Service local de promotion de la santé

Tél. : 03 21 21 31 99

- **Béthune**

Service local de promotion de la santé

Tél. : 03 21 01 25 62

Tél. : 03 21 57 06 53

- **Boulogne-sur-Mer**

Service local de promotion de la santé

Tél. : 03 21 31 56 56

- **Calais**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 03 21 34 62 30

- **Lens**

Centre hospitalier

Tél. : 03 21 69 10 95

- **Saint-Omer**

Unité territoriale d'action sanitaire et sociale

Tél. : 03 21 38 34 64

63 PUY-DE-DOME

- **Clermont-Ferrand**

Dispensaire Émile-Roux

Tél. : 04 73 29 44 00

64 PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

- **Bayonne**

Centre hospitalier de la Côte-basque

Tél. : 05 59 63 35 29

- **Pau**

Centre Hauterive

Tél. : 05 59 92 48 12

65 HAUTES-PYRÉNÉES

- **Tarbes**

Dispensaire de dermatologie-vénérologie

Tél. : 05 62 51 26 26

Tél. : 05 62 93 90 07

66 PYRÉNÉES-ORIENTALES

- **Perpignan**

Service des actions de santé

Tél. : 04 68 66 46 83

67 BAS-RHIN

- **Strasbourg**

Hôpitaux universitaires

Tél. : 03 88 11 65 78

68 HAUT-RHIN

- **Colmar**

Centre hospitalier général Louis-Pasteur

Tél. : 03 89 80 44 65

- **Mulhouse**

Hôpital Émile-Muller (Moenschberg)

Tél. : 03 89 64 61 85

69 RHONE

- **Lyon II^e**

Hôtel-Dieu – espace prévention santé

Tél. : 04 72 41 32 91

Hôtel-Dieu – porte 17

Tél. : 04 78 42 29 26

- **Lyon III^e**

Hôpital Édouard-Herriot

Tél. : 04 72 11 62 06

- **Venissieux**

Centre de prévention

Tél. : 04 72 50 08 68

- **Villefranche-sur-Saône**

Centre de prévention

Tél. : 04 74 65 02 70

70 HAUTE-SAONE

- **Vesoul**

Centre hospitalier Paul-Morel

Tél. : 03 84 96 61 23

71 SAONE-ET-LOIRE

- **Chalon-sur-Saône**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 03 85 48 62 28

- **Mâcon**

Hôtel-Dieu

Tél. : 03 85 38 09 17

72 SARTHE

- **Le Mans**

Centre hospitalier

Tél. : 02 43 43 43 70

- **Sablé-sur-Sarthe**

Centre hospitalier

Tél. : 02 43 62 62 52

73 SAVOIE

- **Aix-les-Bains**

Centre hospitalier

Tél. : 04 79 34 01 26

- **Albertville**

Centre hospitalier

Tél. : 04 79 37 89 56

- **Chambéry**

Centre hospitalier

Tél. : 04 79 96 51 52 ou 50 83

- **Dépistage itinérant en station**

Tél. : 04 79 96 51 72

- **Saint-Jean-de-Maurienne**

Centre hospitalier

Tél. : 06 80 65 35 73

74 HAUTE-SAVOIE

- **Ambilly**

Centre hospitalier d'Annemasse-Bonneville

Tél. : 04 50 87 48 27

- **Annecy**

Centre hospitalier

Tél. : 04 50 88 33 33 ou 71

- **Sallanches**

Hôpitaux du Mont-Blanc

Tél. : 04 50 47 30 49 ou 48

- **Thonon-les-Bains**

Centre hospitalier

Tél. : 04 50 26 76 20

75 PARIS

- **Paris I^{er}**

Dispensaire antivénérien de la Croix-Rouge

Tél. : 01 42 97 48 29

- **Paris IV^e**

Centre médico-social

Tél. : 01 42 78 55 53

- **Paris X^e**

Hôpital Lariboisière

Tél. : 01 49 95 65 65 ou 82 41

- **Paris XII^e**

Hôpital Saint-Antoine

Tél. : 01 49 28 20 00

- **Paris XIII^e**

Centre hospitalier Pitié-Salpêtrière

Tél. : 01 42 16 10 53

- **Paris XIV^e**

Institut Alfred-Fournier

Tél. : 01 40 78 26 00

Centre médico-social

Tél. : 01 45 43 83 78

- **Paris XVIII^e**

Association Sleep-in

Tél. : 01 42 09 07 07

Hôpital Bichat – Claude-Bernard

Tél. : 01 40 25 80 80 ou 84 34

- **Paris XX^e**

Centre médico-social

Tél. : 01 47 97 40 49

76 SEINE-MARITIME

- **Elbeuf**

Service des actions sanitaires

Tél. : 02 35 77 00 85

- **Le Havre**

Centre hospitalier

Tél. : 02 32 73 38 23

- **Rouen**

Hôpital Charles-Nicolle

Tél. : 02 32 88 80 40

Dispensaire antivénérien

Tél. : 02 35 07 33 33

77 SEINE-ET-MARNE

- **Lognes**

Unité d'action sociale

Tél. : 01 60 06 26 76

- **Meaux**

Centre hospitalier

Tél. : 01 64 35 38 38 ou 77

- **Melun**

Centre médico-social

Tél. : 01 64 14 25 13

78 YVELINES

- **Le Chesnay**

Centre hospitalier André-Mignot

Tél. : 01 39 63 92 99 ou 80 90

- **Les Mureaux**

Centre information et prévention sida

Tél. : 01 30 22 09 60

- **Rambouillet**

Centre hospitalier

Tél. : 01 34 83 79 07

79 DEUX-SEVRES

- **Bressuire**

Centre hospitalier du Nord-Deux-Sèvres

Tél. : 05 49 68 31 22

- **Niort**

Centre hospitalier général

Tél. : 05 49 78 30 38

80 SOMME

- **Abbeville**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 22 31 42 42

- **Amiens**

Centre de prévention santé

Tél. : 03 22 91 07 70

Hôpital Sud

Tél. : 03 22 45 56 69

81 TARN

- **Albi**

Centre hospitalier

Tél. : 05 63 47 44 58

- **Castres**

Centre hospitalier général

Tél. : 05 63 71 63 08

Dispensaire de prévention sanitaire

Tél. : 05 63 71 02 40 ou 41

82 TARN-ET-GARONNE

- **Montauban**

Centre hospitalier

Tél. : 05 63 92 81 19

83 VAR

- **Draguignan**

Centre médico-social

Tél. : 04 94 50 90 40

- **Fréjus**

Centre médico-social

Tél. : 04 94 51 18 65

- **Hyères**

Centre médico-social

Tél. : 04 94 12 60 20

- **Saint-Tropez**

Centre médico-social

Tél. : 04 94 97 03 01

- **Toulon**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 04 94 22 70 92 ou 70

84 VAUCLUSE

- **Apt**

Centre hospitalier du Pays d'Apt

Tél. : 04 90 04 34 13

- **Avignon**

Centre hospitalier Henri-Duffaut

Tél. : 04 90 87 38 44

Centre mobile de santé MST-sida

Tél. : 04 90 16 17 42

Unité territoriale du Grand-Avignon

Tél. : 04 90 27 53 70

- **Carpentras**

Centre hospitalier

Tél. : 04 90 63 81 24

- **Cavaillon**

Centre hospitalier

Tél. : 04 90 78 85 29

- **Orange**

Centre hospitalier Louis-Giorgi

Tél. : 04 90 11 22 30

85 VENDÉE

- **La Roche-sur-Yon**

Centre hospitalier Les Oudairies

Tél. : 02 51 44 63 18

- **Les Sables-d'Olonne**

Hôpital Côte-de-Lumière

Tél. : 02 51 21 86 71

86 VIENNE

- **Châtelleraut**

Centre hospitalier Camille-Guérin

Tél. : 05 49 02 90 19

- **Poitiers**

Centre hospitalier universitaire La Milétrie

Tél. : 05 49 44 39 05

Association Médecins du Monde

Tél. : 05 49 01 77 77

87 HAUTE-VIENNE

- **Limoges**

CHRU

Tél. : 05 55 05 66 52

88 VOSGES

- **Épinal**

Centre hospitalier Jean-Monet

Tél. : 03 29 68 73 02

89 YONNE

- **Auxerre**

Dispensaire antivénérien

Tél. : 03 86 46 78 70

Centre hospitalier

Tél. : 03 86 48 47 64

- **Avallon**

Centre médico-social

Tél. : 03 86 34 95 30

- **Sens**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 03 86 65 21 34

90 TERRITOIRE DE BELFORT

- **Belfort**

Centre hospitalier

Tél. : 03 84 28 17 12

91 ESSONNE

- **Arpajon**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 01 64 90 14 54

- **Corbeil-Essonnes**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 01 64 96 02 49

- **Étampes**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 01 64 94 53 99

- **Évry-Courcouronnes**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 01 60 77 73 52

- **Juvisy-sur-Orge**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 01 69 21 49 22

- **Massy**

Dispensaire d'hygiène sociale

Tél. : 01 69 20 88 87

92 HAUTS-DE-SEINE

- **Antony**

Centre départemental de prévention médico-sociale

Tél. : 01 46 66 03 60

- **Asnières**

Centre départemental de prévention médico-sociale

Tél. : 01 47 93 03 24

- **Boulogne**

Hôpital Ambroise-Paré

Tél. : 01 49 09 59 59

- **Clamart**

Hôpital Antoine-Béclère

Tél. : 01 45 37 48 40

- **Colombes**

Centre départemental de prévention médico-sociale

Tél. : 01 42 42 08 69

- **Gennevilliers**

Association Médecins du Monde

Tél. : 01 47 93 03 24

- **Nanterre**

Centre départemental de prévention médico-sociale

Tél. : 01 41 20 29 29

Hôpital Max-Fourestier

Tél. : 01 47 69 65 90

- **Suresnes**

Centre municipal de santé Burgos

Tél. : 01 41 18 15 50

93 SEINE-SAINT-DENIS

- **Bobigny**

Hôpital Avicenne

Tél. : 01 48 30 20 44

Tél. : 01 48 95 51 72

- **Montfermeil**

Centre hospitalier intercommunal

Tél. : 01 41 70 81 91

- **Montreuil**

Centre hospitalier intercommunal

Tél. : 01 49 20 30 40

- **Saint-Denis**

Centre de santé Les Moulins

Tél. : 01 48 22 55 00 ou 04

Hôpital Delafontaine

Tél. : 01 42 35 61 99

Université Paris-VIII

Tél. : 01 49 40 65 10

- **Villetaneuse**

Université Paris-XIII

Tél. : 01 49 40 30 80

94 VAL-DE-MARNE

- **Champigny-sur-Marne**

Centre départemental de prévention médicale

Tél. : 01 47 06 02 32

- **Créteil**

Centre hospitalier intercommunal

Tél. : 01 45 17 55 00

- **Ivry-sur-Seine**

Centre municipal de santé

Tél. : 01 43 90 20 20

- **Villeneuve-Saint-Georges**

Centre hospitalier intercommunal

Tél. : 01 43 86 22 35

- **Vitry-sur-Seine**

Centre municipal de santé

Tél. : 01 46 82 84 32

95 VAL-D'OISE

- **Argenteuil**

Centre hospitalier

Tél. : 01 34 23 25 29

- **Cergy**

Dispensaire

Tél. : 01 30 30 22 49

- **Gonesse**

Centre hospitalier

Tél. : 01 34 53 22 11

971 GUADELOUPE

- **Pointe-à-Pitre**

Centre hospitalier universitaire

Tél. : 0590 89 13 30

- **Saint-Martin**

Centre de prévention

Tél. : 0590 87 01 17

972 MARTINIQUE

- **Fort-de-France**

Centre hospitalier universitaire La Meynard

Tél. : 0596 55 23 01

Dispensaire Vernes-Monrose

Tél. : 0596 60 36 87

- **Lamentin**

Centre hospitalier

Tél. : 0596 57 11 14

973 GUYANE

- **Cayenne**

Centre hospitalier

Tél. : 0594 39 50 50 ou 53 57

Dispensaire antivénérien

Tél. : 0594 31 81 85

- **Saint-Laurent-du-Maroni**

Centre hospitalier André-Bouron

Tél. : 0594 34 88 88

974 RÉUNION

- **Saint-Denis-de-la-Réunion**

Centre hospitalier Félix-Guyon-Bellepierre

Tél. : 0262 90 55 60

- **Saint-Pierre-le-Tampon**

Centre hospitalier général

Tél. : 0262 35 91 65

Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine (CISIH)

Région parisienne

Centre inter-établissements de traitement et de recherche anti-sida (Citras) de l'AP-HP

- **Mission sida de l'AP-HP**

3, avenue Victoria

75004 Paris

Tél. : 01 40 27 31 01

Fax : 01 40 27 31 21

Président : Pr W. Rozenbaum

Vice-présidente : Pr C. Rouzioux

CISIH de Claude-Bernard – Bichat

- **Groupe hospitalier Claude-Bernard – Bichat**

46, rue Henri-Huchard

75018 Paris

Pr J.-P. Coulaud

Tél. : 01 40 25 78 07

Fax : 01 42 95 53 00

CISIH de Paris-Centre (Cochin – Broussais)

- **Groupe hospitalier Cochin-Tarnier-Saint-Vincent-de-Paul**

27, rue du Faubourg-Saint-Jacques

75014 Paris

Pr D. Sicard

Tél. : 01 42 34 13 43

Fax : 01 42 34 13 40

CISIH de Paris-Ouest (Necker – Laënnec)

- **Groupe hospitalier Necker-Enfants malades**

149-161, rue de Sèvres

75015 Paris

Pr C. Rouzioux

Tél. : 01 44 49 41 01

Fax : 01 44 49 41 15

CISIH de Paris-Sud (Henri-Mondor – Kremlin-Bicêtre – Paul-Brousse – Antoine-Béclère)

- **Hôpital Antoine-Béclère**

157, rue de la Porte-de-Trivaux

92140 Clamart Cedex

Pr P. Galanaud

Tél. : 01 45 37 44 11

Fax : 01 46 31 22 77

CISIH de Pitié-Salpêtrière

- **Groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière**

47, boulevard de l'Hôpital

75013 Paris

Pr M. Gentilini

Tél. : 01 42 16 01 01

Fax : 01 44 24 04 50

CISIH de Paris-Est (Rothschild – Saint-Antoine – Tenon)

- **Hôpital Saint-Antoine**

184, rue du Faubourg-Saint-Antoine

75571 Paris Cedex 12

Pr J. Frottier

Tél. : 01 49 28 24 37

Fax : 01 49 28 21 49

CISIH de Saint-Louis

- **Hôpital Saint-Louis**

1, avenue Claude-Vellefaux

75010 Paris

Pr J. Modai

Tél. : 01 42 49 90 64

Fax : 01 42 49 90 67

CISIH 92 (Louis-Mourier – Ambroise-Paré – Raymond-Poincaré)

• **Hôpital Louis-Mourier**

178, rue de Renouillers

92700 Colombes

Dr C. Michon

Tél. : 01 47 60 61 84

Fax : 01 47 60 64 91

CISIH 93 (Jean-Verdier – Avicennes – Montfermeil – Delafontaine)

• **Hôpital Jean-Verdier**

Avenue du 14-Juillet

93143 Bondy

Dr V. Jeantils

Tél. : 01 48 02 63 80

Fax : 01 48 02 63 61

• **Hôpital de Montfermeil**

10, rue du Général-Leclerc

93370 Montfermeil

Dr Echard

Tél. : 01 41 70 81 91

Fax : 01 41 70 82 90

Province

CISIH d'Auvergne-Loire

- **Centre hospitalier universitaire**

Maladies infectieuses et tropicales

Hôtel-Dieu

Boulevard Léon-Malfreyt

63000 Clermont-Ferrand

Pr J. Beytout

Tél. : 04 73 31 60 62

Fax : 04 73 34 08 90

- **Centre hospitalier universitaire**

Hôpital Bellevue

25, boulevard Pasteur

42055 Saint-Étienne Cedex 2

Pr Lucht

Tél. : 04 77 42 77 22

Fax : 04 77 42 78 24

CISIH de Bordeaux (Saint-André – Pellegrin)

- **Hôpital Pellegrin**

Place Amélie-Raba-Léon

33076 Bordeaux

Dr D. Lacoste

Tél. : 05 56 79 56 06

Fax : 05 56 79 60 87

CISIH de Bourgogne-Franche-Comté

- **Centre hospitalier régional universitaire**

Hôpital Saint-Jacques

Dermatologie 2

2, place Saint-Jacques

25030 Besançon Cedex

Pr R. Laurent

Tél. : 03 81 21 81 07

Fax : 03 81 21 86 29

- **Centre hospitalier régional universitaire**

Hôpital d'enfants

Maladies infectieuses

10, boulevard du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny

21034 Dijon Cedex

Pr H. Portier

Tél. : 03 80 29 33 05

Fax : 03 80 29 34 82

CISIH de Caen

- **Centre hospitalier régional**

Avenue de la Côte-de-Nacre

14033 Caen Cedex

Pr C. Bazin

Tél. : 02 31 06 47 14

Fax : 02 31 06 49 96

CISIH de Grenoble

- **Centre hospitalier universitaire**

Hôpital Albert-Michallon

BP 217

38043 Grenoble Cedex 09

Dr P. Leclercq

Tél. : 04 76 76 52 92

Fax : 04 76 76 55 69

CISIH de Lyon (Édouard-Herriot - Hôtel-Dieu - Lyon Sud - Croix-Rousse)

- **Hospices civils**

3, quai des Célestins

BP 2225

69229 Lyon Cedex 02

- **Hôtel-Dieu**

1, place de l'Hôpital

69288 Lyon Cedex 02

Dr Trépo

Tél. : 04 72 41 30 88

Fax : 04 72 41 31 40

CISIH de Marseille

- **Assistance publique de Marseille**

80, rue Brochier

13354 Marseille Cedex 05

- **Hôpital Sainte-Marguerite**

270, boulevard Sainte-Marguerite

13273 Marseille Cedex

Pr J.-A. Gastaut

Tél. : 04 91 74 49 66

Fax : 04 91 74 49 62

CISIH de Montpellier

- **Hôpital Gui-de-Chauliac**

Avenue Bertin-Sans

34059 Montpellier Cedex

Pr J. Reynes

Tél. : 04 67 33 72 20

Fax : 04 67 33 77 60

CISIH de Nancy

- **Hôpital de Brabois**

Tour Drouet

Allée du Morvan

54511 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex

Pr P. Canton

Tél. : 03 83 15 41 24

Fax : 03 83 15 35 34

CISIH de Nantes

- **Centre hospitalier régional**

Hôtel-Dieu

Place Alexis-Ricourdeau

BP 1005

44035 Nantes Cedex 01

Pr F. Raffi

Tél. : 02 40 08 33 51

Fax : 02 40 08 31 17

CISIH de Nice

- **Hôpital de l'Archet**

Route de Saint-Antoine-de-Ginestière

BP 79

06202 Nice Cedex 03

Pr P. Dellamonica

Tél. : 04 92 03 55 15

Fax : 04 93 96 54 54

CISIH de Rennes

- **Centre hospitalier universitaire**

Hôpital Pontchaillou

2, rue Henri-Le-Guilloux

35033 Rennes Cedex

Pr F. Cartier

Tél. : 02 99 28 42 87

Fax : 02 99 28 41 88

CISIH de Rouen

- **Centre hospitalier régional universitaire**

Hôpital Charles-Nicolle

1, rue de Germont

76031 Rouen Cedex

Pr G. Humbert

Tél. : 02 35 08 81 15

Fax : 02 35 08 82 75

CISIH de Strasbourg

- **Hôpitaux universitaires**

Antenne d'immuno-onco-hématologie

Clinique médicale A

BP 426

67091 Strasbourg Cedex

Pr J.-M. Lang

Tél. : 03 88 11 63 34

Fax : 03 88 11 63 31

CISIH de Toulouse

- **Hôpital Purpan**

Place Baylac

31059 Toulouse Cedex

Pr P. Massip

Tél. : 05 61 77 75 34

Fax : 05 61 77 21 38

CISIH de Tourcoing

- **Centre hospitalier Gustave-Dron**

135, rue du Président-Coty

59208 Tourcoing Cedex

Pr Y. Mouton

Tél. : 03 20 69 46 00

Fax : 03 20 69 46 15

CISIH de Tours

- **Hôpital Bretonneau**

2, boulevard Tonnelé

37044 Tours Cedex

Pr Goudeau

Tél. : 02 47 47 69 97

Fax : 02 47 47 38 12

Pr P. Choutet

Tél. : 02 47 47 37 14

Fax : 02 47 47 37 31

Départements d'outre-mer

CISIH de Guadeloupe

- Centre hospitalier régional universitaire

Hôpital Les Abymes

BP 465

97159 Pointe-à-Pitre Cedex

Dr M. Strobel

Tél. : 0 590 89 15 45

Fax : 0 590 89 15 93

CISIH de Guyane

- Centre hospitalier général

Rue des Flamboyants

BP 6006

97306 Cayenne Cedex

Dr M. Sobesky

Tél. : 0 594 39 51 94

Fax : 0 594 39 51 77

CISIH de Martinique

- **Centre hospitalier régional universitaire**

Hôpital La Meynard

97261 Fort-de-France Cedex

Dr G. Sobesky

Tél. : 0 596 55 23 41

Fax : 0 596 75 21 16

CISIH de la Réunion

- **Centre hospitalier Félix-Guyon**

BP 207

97405 Saint-Denis Cedex

Ile de Réunion

Dr Gaud

Tél. : 0 262 90 55 66

Fax : 0 262 90 55 61

Réseaux ville-hôpital (VIH – toxicomanie)

(Source : Mission Sida – juin 1997 ; Sida Info Service – septembre 1997 ; Arcat – décembre 1997)

Coordination nationale des réseaux ville-hôpital

- **Hôpital Bicêtre**

25, rue des cascades

75020 Paris

Tél. : 01 43 66 56 70

Fax : 01 43 66 56 99

<http://www.cnr.asso.fr>

01 AIN

- **REVIH 01**

Centre hospitalier

Infectiologie

900, ourte de Paris

01012 Bourg-en-Bresse

Tél. : 04 74 45 46 74

06 ALPES-MARITIMES

- **RVH VIH 06**

151, route Saint-Antoine-de-Ginestière

BP 3079

06202 Nice Cedex 03

Tél. : 04 92 03 54 09

10 AUBE

- **RVH Troyes**

Centre hospitalier général

101, avenue Anatole-France

BP 718

10003 Troyes

Tél. : 03 25 49 49 69

11 AUDE

- **RA VIH Carcassonne**

Réseau Audois

1, chemin de Millegrand

11800 Badens

Tél. : 04 68 24 24 24

12 AVEYRON

- Sida toxicomanie

Aveyron - ASP 12

Réseau ville-hôpital VIH de l'Aveyron

62, rue Saint-Cyrice

12000 Rodez

Tél. : 05 65 78 12 96

13 BOUCHES-DU-RHONE

- RVH Santé Provence

4, rue Mazazine

13100 Aix-en-Provence Cedex 01

Tél. : 04 42 91 30 41

- Fédération des réseaux de Marseille

Réseau Marseille Sud

Réseau Marseille Nord

95, rue de la Loubière

13005 Marseille

Tél. : 04 91 92 63 93

14 CALVADOS

- RVH Caen

CISIH de Caen

Avenue de la Côte-de-Nacre

14033 Caen Cedex

Tél. : 02 31 06 47 14

17 CHARENTE-MARITIME

- **RVH VIH Charente-Maritime**

Rue du Dr-Schweitzer

BP 505

17019 La Rochelle Cedex 01

Tél. : 05 46 45 50 17

19 CORREZE

- **RVH -CH**

Pneumologie

Bd du Dr-Verlhac

19312 Brive Cedex

Tél. : 05 55 92 60 33

- **RVH -CH**

Place Maschat

BP 160

19102 Tulle Cedex

Tél. : 05 55 29 79 68

2A CORSE-DU-SUD

- **RVH VIH et toxicomanie Ajaccio**

Centre hospitalier

Annexe Eugénie

Boulevard Lantivy

20000 Ajaccio

Tél. : 04 95 29 94 53

21 COTE-D'OR

- **RVH VIH Côte-d'or**

Centre hospitalier universitaire

Maladies infectieuses

10, boulevard du Maréchal-de-Lattre-de-Tassigny

21034 Dijon Cedex

Tél. : 03 80 29 33 05

23 CREUSE

- **RVH VIH Creuse**

Centre hospitalier

22, chemin des Amoureux

23000 Guéret

Tél. : 05 55 61 95 37

25 DOUBS

- **RVH Besançon**

CISIH de Besançon

CHU Saint-Jacques

Dermatologie

2, place Saint-Jacques

25000 Besançon

Tél. : 03 81 21 81 09

28 EURE-ET-LOIR

- **RVH VIH Chartres 28**

Les hôpitaux de Chartres

Hôtel-Dieu

34, rue du Dr-Monoury

BP 407

28018 Chartres Cedex

Tél. : 02 37 30 31 83

- **RVH VIH – toxicomanie Dreux – UPE**

CH Victor-Jousselin

Rue J.-F.-Kennedy

28100 Dreux

Tél. : 02 37 51 54 59

29 FINISTERE

- **RVH Brest**

CH A.-Morvan

Dermatologie

29200 Brest

- **RVH Quimper**

CHG Laënnec – Pneumo 1

14 bis, avenue Yves-Trépot

BP 1757

29107 Quimper Cedex

Tél. : 02 98 52 62 72

30 GARD

- **RVH Nîmes**

CHU Gaston-Doumergue

5, rue Hoche

30000 Nîmes

Tél. : 04 66 27 32 32

31 HAUTE-GARONNE

- **Toulouse REVIH**

Secrétariat du CISIH

CHU Purpan

SMIT

31059 Toulouse Cedex

Tél. : 05 61 77 25 19

33 GIRONDE

- **Réseau Gironde**

Hôpital Le Tondu

Groupe Pellegrin

Place Amélie-Raba-Léon

33076 Bordeaux Cedex

Tél. : 05 56 93 13 13

34 HÉRAULT

- **RVH Béziers**

Centre hospitalier

Rue Haüy

BP 740

34725 Béziers

Tél. : 04 67 35 77 66

- **RVH Montpellier**

Hôpital Gui-de-Chauliac

Avenue Bertin-Sans

34295 Montpellier Cedex 5

Tél. : 04 67 63 08 95

35 ILLE-ET-VILAINE

- **RVH VIH 35 Rennes**

CHR Pontchaillou

Pavillon Balle

2, rue Henri-Le-Guilloux

35033 Rennes Cedex

Tél. : 02 99 28 41 36

37 INDRE-ET-LOIRE

- **RVH VIH 37**

Hôpital Bretonneau

Maladies infectieuses

2, boulevard Tonnelé

37044 Tours Cedex

Tél. : 02 47 47 37 14

38 ISERE

- **RVH Grenoble**

CISIH de Grenoble

Hôpital Nord

38700 La Tronche

Tél. : 04 76 76 52 92

- **Entraid's Dauphiné**

68, bis, avenue Jules-Valles

38400 St-Martin-d'Hers

Tél. : 04 76 51 76 65

40 LANDES

- **RVH VIH toxicomanie et**

REVIH Dax

Centre hospitalier général

Médecine D

Boulevard Yves-du-Manoir

BP 323

40100 Dax Cedex

Tél. : 05 58 91 48 51

44 LOIRE-ATLANTIQUE

- **RVH VIH REVIH Nantes**

CISIH de Nantes – 7^e ouest

Hôtel-Dieu

BP 1005

44093 Nantes Cedex 1

Tél. : 02 40 01 31 48

- **RVH VIH REVIH Saint-Nazaire**

Centre hospitalier

BP 414

44606 Saint-Nazaire Cedex

Tél. : 02 40 90 63 44

45 LOIRET

- **RVH VIH sida 45**

Centre hospitalier régional

1, rue Porte-Madeleine

45000 Orléans

Tél. : 02 38 77 15 15

46 LOT

- **REVIH 46**

Place Bergon

BP 269

46005 Cahors

Tél. : 05 65 20 54 11

52 HAUTE-MARNE

- **Point Bleu**

43, rue du Dr-Mougeot

52100 Saint-Dizier

Tél. : 03 25 06 45 88

54 MEURTHE ET MOSELLE

- **Agora M&M**

CISIH - Tour Drouet

54500 Vandœuvre

Tél. : 03 83 15 35 36

57 MOSELLE

- **RVH VIH RVIHAM**

CHR Notre-Dame-de-Bon-Secours

Médecine A

4-6, rue Charles-Abel

57038 Metz Cedex

Tél. : 03 87 55 32 32

59 NORD

- **Interface VIH**

Lille Toubaix Tourcoing

28, avenue d'Iéna

5900 Lille

Tél. : 03 20 69 46 64

- **RVH VIH Tourcoing**

CISIH de Tourcoing

135, rue du Président-Coty

59208 Tourcoing Cedex

Tél. : 03 20 69 45 73

64 PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

- **RVH VIH REZOPAU**

Sid'avenir

3, avenue du Stade-Nautique

64000 Pau

Tél. : 05 59 27 04 85

65 HAUTES-PYRÉNÉES

- **RVH VIH et toxicomanie**

REVIH 65

4, place du Marché-Brauhauban

65000 Tarbes Cedex

Tél. : 05 62 93 47 47

66 PYRÉNÉES-ORIENTALES

- **RVH VIH Perpignan**

Centre hospitalier

Pavillon Pasteur

20, avenue du Languedoc

BP 4052

66043 Perpignan

Tél. : 04 68 61 64 80

67 BAS-RHIN

- **RVH VIH 67**

CISIH

Clinique médicale

Hôpitaux universitaires

67091 Strasbourg Cedex

Tél. : 03 88 11 58 08

68 HAUT-RHIN

- **RVH Mulhouse**

Centre hospitalier

Hématologie

68070 Mulhouse Cedex

Tél. : 03 89 64 60 48

69 RHONE

- **Réseau Soins-et-santé**

37, avenue Charles-de-Gaulle

69300 Caluire

Tél. : 04 72 41 30 88

- **RHIV 69**

121, rue du Pr-Beauvisage

69008 Lyon Cedex

Tél. : 04 72 41 31 04

- **RVH Themis**

Hôpital Édouard-Herriot

Pavillon P

5, place d'Arsonval

69437 Lyon Cedex

Tél. : 04 72 11 61 48

73 SAVOIE

- **REVIH 73**

Centre hospitalier

BP 1125

73011 Chambéry Cedex

Tél. : 04 79 96 51 72

74 HAUTE-SAVOIE

- **RVH VIH ARAVIH**

Centre hospitalier

Maladies infectieuses

1, avenue de Trésum

BP 2333

74011 Annecy Cedex

Tél. : 04 50 88 30 71

75 PARIS

- **RVH VIH Paris-Nord**

36, rue de Turbigo

75003 Paris

Tél. : 01 42 72 65 43

- **RVH VIH Rezo 85**

Hôpital Rothschild

33, boulevard de Picpus

75012 Paris

Tél. : 01 40 19 33 96

- **Réseau Bastille (VIH – toxicomanie)**

Hôpital Saint-Antoine

184, rue du Faubourg-Saint-Antoine

75571 Paris Cedex 12

Tél. : 01 49 28 28 79

- **Paris-Rive-Gauche VIH, toxicomanie, VHC**

119, rue d'Alésia

75014 Paris

Tél. : 01 45 45 30 90

76 SEINE-MARITIME

- **RVH Flaubert**

CDAG

Hôpital Charles-Nicolle

1, rue de Germont

76031 Rouen Cedex

Tél. : 02 32 88 64 67

77 SEINE-ET-MARNE

- **RVH VIH et toxicomanie 77 Sud**

46, rue Sainte-Liesne

77011 Melun

Tél. : 01 64 71 63 37

78 YVELINES

- **RVH VIH Osiris Val-de-Seine 78**

CHI Léon-Touhlajian

Bureau 513 - 5^e étage

10, rue du Champ-Gaillard

78303 Poissy Cedex

Tél. : 01 39 79 53 32

- **RVH VIH Association ville-hôpital 78**

9, rue Armagis

78100 Saint-Germain-en-Laye

Tél. : 01 30 87 00 23

- **Ressy Ouest (VIH - toxicomanie)**

3, avenue du Manet

78180 Montigny-le-Bretonneux

Tél. : 01 39 53 05 27

- **Remisy (VIH) - toxicomanie**

137, bd de la Reine

78000 Versailles

Tél. : 01 39 53 05 27

79 DEUX-SEVRES

- **RVH VIH VHC Niort**

Centre hospitalier général

Réanimation

79000 Niort

Tél. : 05 49 78 30 75

82 TARN-ET-GARONNE

- **RVH VIH et toxicomanie**

REVIH 82

36, rue Émile-Pouvillon

82000 Montauban

Tél. : 05 63 91 40 18

83 VAR

- **RVH VIH Toulon**

Hôpital Chalucet

Rue Chalucet

BP 1412

83056 Toulon Cedex

Tél. : 04 94 22 77 41

84 VAUCLUSE

- **RVH Avignon**

Hôpital Henri-Duffaut

305, rue Raoul-Follereau

84902 Avignon Cedex

Tél. : 04 90 80 31 78

86 VIENNE

- **RVH VIH Poitiers 86**

BP 577

86021 Poitiers Cedex

Tél. : 05 49 44 40 83

89 YONNE

- **RVH VIH Auxerre**

Centre hospitalier

2, boulevard de Verdun

89011 Auxerre Cedex

Tél. : 03 86 48 48 54

- **RVH VIH – toxicomanie Sens**

Centre hospitalier

1, avenue Pierre-de-Coubertin

89100 Sens Cedex

Tél. : 03 86 86 10 80

91 ESSONNE

- **RVH VIH Ouest-Essonne**

CMC de Bligny

Pavillon Despeaux

91640 Briis-sous-Forges

Tél. : 01 64 90 52 80

- **RVH VIH Nord-Est-Essonne – Pluriel**

CHI Gilles-de-Corbeil

Médecine interne

59, boulevard Henri-Dunant

BP 85

91100 Corbeil-Essonnes

Tél. : 01 60 90 31 75

- **Réseau Sud-Essonne – Ensemble**

10 bis, rue de la Plâtrerie

91150 Étampes

Tél. : 01 64 94 02 62

- **RVH VIH Nord Essonne – Lien**

Centre hospitalier

9, rue Camille-Flammarion

91260 Juvisy-sur-Orge

Tél. : 01 69 54 27 32

- **Solhiv**

Centre hospitalier

159, rue du Pdt-F-Mitterrand

91161 Longjumeau Cedex 01

Tél. : 01 64 54 31 72

92 HAUTS-DE-SEINE

- **RVH Ressource**

(VIH, toxicomanie, VHC)

Hôpital Antoine-Béclère

Hôpital de jour

157, rue de la Porte-de-Trivaux

92140 Clamart

Tél. : 01 45 31 84 57

- **RVH VIH – toxicomanie Ares 92**

Hôpital Louis-Mourier

178, rue des Renouillers

92700 Colombes

Tél. : 01 46 49 36 36

- **RVH VIH Val-de-Seine**

Hôpital Foch

Médecine interne

40, rue Worth

92150 Suresnes

Tél. : 01 46 25 27 11

93 SEINE-SAINT-DENIS

- **RVH VIH 93 Centre**

Dispensaire d'hygiène sociale

1, rue Sadi-Carnot

93300 Aubervilliers

Tél. : 01 48 34 38 57

- **Réseau Aulnay 93**

Service social

Hôpital Robert-Ballanger

93602 Aulnay Cedex

Tél. : 01 43 84 70 30

- **RVH VIH RMVH**

BP 89

93172 Bagnolet Cedex

Tél. : 01 43 62 95 90

- **RAMM VIH**

(VIH, toxicomanie, VHC)

Centre hospitalier

56, bd de la Boissière

93105 Montreuil

Tél. : 01 49 20 31 80

- **RVH VIH – toxicomanie Vigie 93**

17 bis, rue du Général-Gallieni

93110 Rosny-sous-Bois

Tél. : 01 45 28 62 26

- **RVH VIH – toxicomanie 93 Ouest**

Cité des Francs-Moisins

Bâtiment 4 – Escalier 31, apt 202

3, allée Antoine-de-Saint-Exupéry

93200 Saint-Denis

Tél. : 01 48 09 81 32

94 VAL-DE-MARNE

- **RVH Visa-Boucles-de-Marne**

6, rue Marx-Dormoy

94500 Champigny-sur-Marne

Tél. : 01 48 82 22 25

- **RVH Créteil**

Créteil Solidarité

Centre hospitalier intercommunal

40, avenue de Verdun

94000 Créteil

Tél. : 01 49 81 79 60

- **RVH Val-de-Bièvre**

16, rue Séverine

94270 Le Kremlin-Bicêtre

Tél. : 01 45 21 94 31

- **Ecos**

Hôpital Paul-Brousse

14, avenue Paul-Vaillant-Couturier

94804 Villejuif

Tél. : 01 45 59 38 65

- **CHIV 91-94**

(VIH, toxicomanie, VHC)

Centre hospitalier

Maladies infectieuses

40, allée de la Source

94190 Villeneuve-Saint-Georges

Tél. : 01 43 86 24 56

95 VAL-D'OISE

- **REVIHOP**

Centre hospitalier René-Dubos

6, avenue de l'Île-de-France

95301 Pontois

Tél. : 01 30 75 42 44

- **RVH Argenteuil**

CH Victor-Dupouy

67, rue du Lieutenant-Colonel-Prudhon

95107 Argenteuil

Tél. : 01 34 23 20 01

- **RVH VIH – toxicomanie – précarité REVIHVO**

Centre hospitalier Émile-Roux

Médecine interne

95600 Eaubonne

Tél. : 01 39 59 71 71

971 GUADELOUPE

- **RVH Guadeloupe**

CISIH de Pointe-à-Pitre

Centre hospitalier universitaire

97159 Pointe-à-Pitre Cedex

Tél. : 0 590 89 13 30

972 MARTINIQUE

- **RVH VIH et toxicomanie Martinique**

Union régionale des médecins libéraux

Entrée ex-hôpital Clarac

Boulevard Pasteur

97200 Fort-de-France

Tél. : 00 596 55 23 41

973 GUYANE

- **RVH Cayenne**

Centre hospitalier général

Rue des Flamboyants

BP 6006

97306 Cayenne Cedex

Tél. : 0 594 39 53 25

974 RÉUNION

- **RVH Ile-de-la-Réunion**

CHD Félix-Guyon

Immunologie clinique

97400 Saint-Denis-de-la-Réunion

Tél. : 0 262 9056 60

Publications d'Arcat

Comité de rédaction

Jeannine Gilquin et Nicole Mercier (Etsup)

Jean-François Chambon, Kemal Cherabi

et Patricia Zowczak (Arcat)

Coordination de la rédaction

Sylvie Cohen, Françoise Joublin.

Travailleurs sociaux ayant collaboré à cette publication Joëlle Agenet, Michèle Benzakour, Annie Caron, Geneviève Crespo, Marie-Françoise Despax,

Jeannine Durand, Isabelle Fournier, Chantal Goyau, Martine Grandjean, Nicolas Guillet, Myriam Guilloux, Annie Jacq, Myriam Kokx, Bérangère Latour, Françoise Nedelec, Marie Rechain, Annie Roucole, Geneviève Texier.

Direction des publications d'Arcat : Frédéric Edelman.

Ce guide a été réalisé avec le soutien financier du ministère du Travail et des Affaires sociales (Direction générale de la santé et Direction de l'action sociale).

Achévé d'imprimer en novembre 1996

Dépôt légal : 4e trimestre 1996

Arcat

94-102, rue de Buzenval

75020 Paris

Tél. : 01 44 93 29 29

Fax : 01 44 93 29 30

www.arcat-sante.org

Diffusion :

Presscode – Tél. : 04 96 11 05 89. E-mail : editions@asos.org

Arcat est une association membre du Groupe SOS

www.groupe-sos.org