

# Entre connaissances scientifiques et prise de décision publique : les réflexions induites par l'épidémie VIH/sida

JEAN-ALBERT GASTAUT

En 20 ans le sida, après une entrée fracassante sur la scène mondiale, a largement contribué à modifier les attitudes et comportements des médecins aussi bien que des patients, ainsi que leurs relations. En France, sous l'impulsion d'associations créées par les malades eux-mêmes, et avec les actions des pouvoirs publics des réflexions ont été menées qui ont fait apparaître des acquis nombreux et importants. Progressivement des évolutions et des progrès considérables sont apparus dans les domaines scientifiques, médicaux, sociaux, culturels.

En 1989 un dispositif institutionnel spécialisé a été créé avec la mise en place d'une Agence française de lutte contre le sida (AFLS) dédiée à la prévention, d'une Agence nationale de recherche sur le sida (ANRS) dédiée à la recherche et du Conseil national du sida (CNS). Ce dernier recevait pour mission « de donner son avis sur l'ensemble des problèmes posés à la société par le sida, et de faire au gouvernement toute proposition utile »<sup>1</sup>. Situé au carrefour du scientifique, du social, de l'économique et du politique le CNS défend aussi dans ses travaux la dimension éthique qui apparaît dans beaucoup de ses avis et recommandations. À certains égards le CNS est le gardien des acquis de la politique de lutte contre le sida.

Pour illustrer ces propos nous examinerons successivement, à partir de quelques avis émis par le CNS, trois types de relations que le Conseil peut avoir :

- vis-à-vis des connaissances scientifiques,
- vis-à-vis des problèmes sociaux et des acteurs de la société,
- vis-à-vis des décisions politiques et des gouvernants.

## Relations du CNS vis-à-vis des connaissances scientifiques

Il est incontestable que, parmi tous ses travaux, le CNS a produit peu de rapports relatifs aux enjeux scientifiques. Les raisons tiennent à la nature même de la mission qui lui a été confiée et à sa composition, l'une et l'autre figurant dans son décret de création. Sa mission

amène le CNS à traiter de questions beaucoup plus larges que les seuls problèmes scientifiques dans la mesure où il doit aborder « l'ensemble des problèmes posés à la société par le sida ». Cependant le CNS est aussi appelé à être consulté sur les « programmes d'information, de prévention et d'éducation ». Il doit donc jouer vis-à-vis des connaissances scientifiques un rôle de contrôle de leur diffusion qui ne se cantonne pas à la dimension éthique. Le Conseil doit apprécier la justesse, la précision ou la clarté des connaissances qui vont être livrées au public. Il se distingue ainsi clairement du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) qui doit donner son avis « sur les problèmes moraux soulevés par la recherche dans les domaines de la bio-

logie, de la médecine et de la santé ». Il s'en distingue aussi par sa composition. Si le CCNE comprend en son sein de nombreux scientifiques (15 sur 39, selon les statuts) et médecins la composition du CNS leur fait une place beaucoup plus modeste. Ils y travaillent aux côtés de représentants des familles philosophiques et spirituelles, de ceux des assemblées législatives ainsi que de personnalités issues de différents milieux professionnels dont certains ont de hautes responsabilités dans le monde associatif. Ce sont notamment des universitaires, des représentants des professions libérales, des travailleurs sociaux, des journalistes.

Le président et les 22 conseillers sont nommés pour un mandat de 4 ans, renouvelable une fois. Ils travaillent avec l'assistance d'une équipe permanente réduite. Institution consultative indépendante, le Conseil peut être saisi par les autorités en charge de la santé publique. Il peut aussi s'auto-saisir de questions qui lui apparaissent justifier un avis faisant parfois suite à une demande émanant d'associations de lutte contre le sida, de professionnels de santé, d'acteurs de santé publique, etc. À ce jour le CNS a présenté 48 avis et recommandations, souvent précédés de volumineux rapports. Aujourd'hui la majorité d'entre eux sont déjà disponibles dans des rapports d'activité dont trois volumes ont été publiés et qui peuvent aussi être consultés sur le site internet du CNS ([www.cns.sante.fr](http://www.cns.sante.fr)). Ces avis ont délimité le champ des réflexions du Conseil – principes éthiques et

JEAN-ALBERT GASTAUT  
Président du Conseil national du sida (Paris), professeur d'hématologie à la faculté de médecine (Marseille), Conseil national du sida, 25-27, rue d'Astorg, 75008 Paris, France [cns-conseil@sante.gouv.fr](mailto:cns-conseil@sante.gouv.fr)



<sup>1</sup> Selon l'article 1 du décret de création n° 89-83 du 8 février 1989.

juridiques, considérations sur les dynamiques à l'œuvre dans la société et les responsabilités imposées par l'exercice du pouvoir – sur lesquels il continue d'élaborer ses recommandations.

Quand il examine des connaissances scientifiques le CNS valorise une dimension inséparablement éthique et politique. Considérons quelques-uns des rares avis ayant porté sur des enjeux scientifiques et médicaux.

*Avis sur la mise à disposition de médicaments de la classe des antiprotéases et sur le problème de l'inadéquation entre l'offre et la demande*, adopté le 26 février 1996. Saisi par le secrétaire d'État à la Santé et à la Sécurité sociale le 8 février 1996 le Conseil a répondu rapidement à cette demande. Il est vrai que cette saisine se situait dans un contexte d'urgence marqué d'une part par la présentation qui venait d'être faite des premiers résultats très encourageants obtenus avec les inhibiteurs de protéase (IP)<sup>2</sup> et d'autre part par la non disposition de celles-ci en France à cette époque. Il s'agissait donc de pouvoir disposer rapidement d'IP dans le cadre d'une ATU (autorisation temporaire d'utilisation) et d'éviter le délai habituellement prolongé (malgré les procédures accélérées adoptées en matière de traitements dirigés contre le VIH) avant que soit obtenue l'AMM (autorisation de mise sur le marché). Par ailleurs le CNS proposait qu'au cas, alors plus que probable, où une inadéquation entre l'offre et la demande devait se prolonger, la distribution des IP se fasse selon un tirage au sort informatique. On se souvient de la polémique qui avait suivi cette proposition. Cependant le Conseil précisait que les patients éligibles pour ce tirage au sort seraient choisis selon des critères biologiques moins stricts que ceux proposés par les médecins des CISIH (Centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine). En préconisant le tirage au sort le CNS s'attachait à des considérations éthiques : il s'agissait de respecter un principe d'équité. Le Conseil n'a jamais pensé qu'il s'agissait d'une solution juste. En revanche, le choix du tirage au sort informatique s'imposait comme la moins injuste des solutions devant une pénurie d'IP. Ainsi était évitée toute intervention, consciente ou non, de préférences affectives ou de pressions éventuelles. Par ailleurs les médecins se trouvaient alors déchargés de la responsabilité du choix à l'égard des patients qu'ils n'auraient pas retenus. Enfin, et surtout, avec le tirage au sort la confiance du patient non sélectionné était conservée vis-à-vis de son médecin. Il est vrai qu'en rendant cet avis le CNS adoptait une attitude d'opposition aux médecins qui, au cours d'une réunion nationale des CISIH, avaient opté pour une sélection faite par eux-mêmes au sein de chaque CISIH. En réalité il ne s'agissait pas de s'opposer au « pouvoir médical » mais, conformément à tout ce que la lutte contre le sida avait produit jusqu'alors, de ne pas le laisser décider seul des modalités de celle-ci. Il convient de rappeler aussi que la première recommandation, éminemment politique, consistait à demander au gouvernement français d'obtenir sur le marché américain les doses nécessaires aux malades suivis en France et susceptibles de bénéficier des nouvelles molécules.

*Avis sur les problèmes éthiques posés par le désir d'enfant chez les couples où l'homme est séropositif*

*et la femme séronégative*, adopté le 10 février 1998. Cet avis a été rendu conjointement par le CNS et le CCNE. Devant les progrès thérapeutiques observés avec les multithérapies antirétrovirales, qui ont considérablement amélioré qualité et durée de vie, était apparue une demande croissante de fonder une famille de la part des couples dits « sérodifférents ». En effet, au moment où les personnes séropositives pouvaient enfin imaginer un avenir et reprenaient une vie active elles ont estimé légitime d'exprimer leur désir d'enfant. L'impossibilité de devenir parent, perçue comme une stérilité imposée, était ressentie comme une ultime discrimination. Lorsqu'on considère le cas de ces couples sérodifférents il s'agit de prendre en considération le sort de l'enfant à naître et celui des parents. Cet avis ne concernait pas les couples sérodifférents où seule la femme est séropositive mais ceux où, à l'inverse, seul l'homme est séropositif. Dans ce cas la préoccupation première est d'éviter la contamination de la future mère (et par conséquent celle de l'enfant auquel elle va donner naissance). La question posée était donc de savoir que conseiller à ces couples pour leur proposer la solution la plus acceptable, en cela qu'elle réduit au minimum les risques de contamination de la mère. Cette saisine exigeait des compétences scientifiques et médicales. Dans cet avis commun CNS et CCNE rappelaient les possibilités d'adoption (quasi impossible) et d'insémination avec donneur (IAD) c'est-à-dire utilisant le sperme d'un tiers. Le CNS avait antérieurement adopté des avis sur ces deux points. Un premier portait sur *l'insémination artificielle avec tiers donneur dans le cas de couples dont l'homme est séropositif* et fut adopté le 31 mai 1990. Le CNS émettait alors un avis favorable à l'extension de cette méthode tout en recommandant une grande prudence aux CECOS (Centres d'étude et conservation de l'œuf et du sperme humains) avant d'accéder à une telle demande. Un deuxième avis, adopté le 17 janvier 1995, portait sur *la question du VIH dans le cadre des procédures d'adoption* et soulignait « l'importance d'assurer la transparence des situations, dans un contexte de réflexion, de maturation des choix et de confidentialité, afin de garantir les meilleurs chances de succès de l'adoption ». En 1998 CNS et CCNE observaient que lorsque l'homme séropositif souhaitait être le père biologique deux éventualités pouvaient être envisagées. Celle utilisant la technique du « monitoring médicalisé ciblé » a été écartée malgré une expérience satisfaisante. Elle consistait à proposer au couple d'avoir un (des) rapport(s) non protégé(s) au moment de l'ovulation. Nous avons considéré que ce monitoring médicalisé pouvait entraîner des dérives secondaires dans la prévention du risque dans la mesure où avaient été observés des cas de contamination de la femme à distance du rapport fécondant fait sous monitoring de l'ovulation. Dans leur avis le CNS et le CCNE précisait à ce propos que « la pratique ponctuelle d'un rapport non protégé sous monitoring peut amener ces couples à prendre, consciemment ou non, des risques dans leurs rapports sexuels ultérieurs ». Cette méthode se trouvait en contradiction totale avec les campagnes de prévention qui avaient toujours été basées sur la stricte nécessité de rapports sexuels protégés. La solution retenue a été celle d'une assistance médicale à la

<sup>2</sup> 3<sup>e</sup> conférence sur les rétrovirus et les infections opportunistes, Washington, janvier 1996.

procréation (AMP) utilisant des spermatozoïdes traités et contrôlés de l'homme séropositif. Les spermatozoïdes débarrassés des particules virales font alors l'objet soit d'une insémination artificielle intraconjugale soit d'une fécondation in vitro. Dans cet avis le CNS s'appuyait sur des principes éthiques en renouvelant un souci régulièrement exprimé depuis sa création : la préservation des personnes vulnérables. Il s'appuyait aussi sur des principes politiques, c'est-à-dire sur des acquis de politiques publiques de lutte contre le sida, en considérant comme dangereux de transgresser par le monitoring médicalisé ciblé le principe fondateur de la politique de prévention que représente la recommandation d'adopter des rapports sexuels protégés. Enfin cet avis s'appuyait sur des principes de bonne administration sanitaire en considérant que la technique du monitoring médicalisé ciblé, limitée à une équipe hospitalière parisienne hautement spécialisée, pouvait être difficilement transposable dans d'autres sites.

Cet avis avait recommandé d'adopter les techniques d'AMP avec le sperme traité de l'homme séropositif dans le cadre strict de protocoles de recherche. Les recommandations figurant dans cet avis commun du CNS et du CCNE ont été suivies et un arrêté ministériel du 12 janvier 1999 stipulait en particulier qu'« en ce qui concerne l'infection par le VIH, la prise en charge des couples ne peut se faire que dans le cadre d'un protocole de recherche pluridisciplinaire relevant des prescriptions de la loi Huriet comprenant l'avis d'un CCPPRB<sup>3</sup> et validé par la CNMBRDP<sup>4</sup> ». C'est ainsi que deux protocoles de recherche financés par l'ANRS ont été mis en place, et se poursuivent aujourd'hui, à Paris et à Toulouse. Leur objectif commun était d'évaluer la faisabilité d'une AMP utilisant le sperme traité de l'homme séropositif au sein des couples sérodifférents. À ce jour ces deux protocoles confirment la sûreté de la méthode, aucune contamination maternelle n'étant à déplorer. En revanche, ces deux protocoles n'ont permis de satisfaire qu'une part de la demande, laissant des couples dans le désarroi et prêts à prendre des risques en adoptant systématiquement des relations sexuelles non protégées. C'est dans ce contexte que le CNS a été amené à rendre un nouvel avis sur l'assistance médicale à la procréation pour les couples sérodifférents dont l'homme est séropositif pour le VIH (adopté le 4 avril 2000) dans lequel il propose de sortir du cadre des protocoles de recherche et de permettre à cinq ou six centres français d'assurer une AMP avec sperme traité pour les couples sérodifférents dont l'homme est séropositif. En rendant ce nouvel avis le CNS démontre son attachement à agir en faveur des personnes vulnérables tout en évoluant en fonction du contexte.

Cet avis a été entendu et le ministre délégué à la Santé a signé un arrêté du 10 mai 2001 modifiant l'arrêté du 12 janvier 1999 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation. Le CNS se réjouit des dispositions qui y sont prises en faveur de la prise en charge en AMP des patients à risque viral. Ainsi les conditions sont aujourd'hui réunies pour que les couples touchés par le VIH, que ce soit la femme ou l'homme qui soit séropositif, puissent avoir recours à l'AMP en pratique

médicale en dehors de tout protocole de recherche. Cet arrêté donne aussi la possibilité de prendre en charge des couples dont l'un ou les deux membres sont infectés par le virus de l'hépatite C (VHC) ou celui de l'hépatite B (VHB). À la suite de cet arrêté le CNS, qui travaillait sur un avis concernant l'accompagnement médical des couples sérodifférents dont la femme est séropositive pour le VIH, a élargi sa réflexion. Son prochain avis, qui devrait être adopté à l'automne 2001, se penche sur *les enjeux éthiques de l'accompagnement médical des couples présentant un risque viral et désirant un enfant*. Il s'agit pour le CNS de clairement proposer que soient concernés par une possible prise en charge en AMP, non seulement les couples sérodifférents pour le VIH mais aussi ceux où les deux membres du couple sont séropositifs pour le VIH, ainsi que les couples concernés par le VHC ou le VHB et ceux qui sont infectés par plusieurs virus (VIH et/ou VHC et/ou VHB). L'interdiction de principe d'accès à l'AMP – qui pouvait présenter un caractère discriminatoire – étant levée par l'arrêté du 10 mai 2001, il reste à établir (ce qui est en cours) toutes les conditions et règles encadrant les pratiques cliniques et biologiques des équipes pluridisciplinaires amenées à prendre en charge ces couples. Doivent collaborer étroitement les équipes des spécialistes biologiques et cliniques de la reproduction, les laboratoires de virologie identifiés comme ayant une réelle expérience en termes de VIH, les cliniciens s'occupant des pathologies VHC et VHB et ceux qui, au sein des CISIH, prennent en charge les patients infectés par le VIH. Rappelons cependant que le recours à l'AMP ne constitue pas une nécessité pour tous les couples à risque viral : c'est le cas pour les couples sérodifférents dont la femme est séropositive pour le VIH et qui n'ont pas de problèmes de fertilité. Par ce dernier avis et l'attention que porte le CNS à l'évolution de ce dossier il confirme combien il peut s'impliquer dans des « problèmes posés à la société par le sida » touchant directement aux connaissances scientifiques.

## Relations du CNS vis-à-vis des problèmes sociaux et des acteurs de la société

Nous avons vu que la mission du CNS était avant tout de travailler sur les problèmes posés (ou révélés) à la société par le sida. Le CNS sert de relais lorsqu'il est saisi (ou s'autosaisit) de problèmes connus qu'il considère comme légitimes et devant être mieux traités. Lorsqu'il s'intéresse à des problèmes tout autant légitimes mais mal connus il a alors un rôle de signal d'alerte. Dans tous les cas il doit élargir les enjeux en appréhendant les questions envisagées de manière complète et plus générale. C'est ainsi que le CNS a eu l'occasion de travailler sur des problèmes connus tels que *l'assurabilité des personnes séropositives ou la prévention des jeunes*, ou sur d'autres mal connus ou jusqu'alors trop négligés que le sida avait en quelque sorte révélés. Ce fut le cas des avis sur *les oubliés de la prévention : handicaps mentaux, sexualité et VIH*

<sup>3</sup> CCPPRB : Comité consultatif de protection des personnes dans la recherche biomédicale.

<sup>4</sup> CNMBRDP : Commission nationale de médecine et de biologie de la reproduction et diagnostic prénatal.

(18 décembre 1997), sur *le suivi des traitements en garde à vue, en rétention et en détention* (18 novembre 1998), sur *la situation des personnes atteintes par le VIH de nationalité étrangère ou en irrégularité de séjour* (18 décembre 1995) ou sur *le sida dans les départements français d'Amérique : spécificités et inégalités* (17 juin 1996). Pour aborder ces sujets le CNS dispose principalement de trois ressources : sa composition, le travail par auditions et le travail par recherche bibliographique. Nous avons vu que la composition du Conseil est censée représenter la société civile. On y retrouve des médecins, des représentants du monde associatif, des politiques, des spécialistes en sciences sociales, etc. Le travail par auditions permet d'écouter des experts sur le problème considéré et des personnes confrontées à celui-ci dans leur pratique quotidienne. Quant au travail par recherche bibliographique, indispensable et riche d'enseignements, il est le fait des conseillers et surtout des rapporteurs (équipe permanente). Le CNS est donc, par sa composition et par ses méthodes de travail, en relation avec les principaux acteurs de la lutte contre le sida, que ce soit en particulier l'administration ou les associations. Ses travaux peuvent ainsi servir de relais aux revendications des malades et de leurs associations, mais aussi représenter un rôle de médiation entre ceux-ci et les pouvoirs publics. Ici encore les points de vue émis par le CNS sont à la fois éthiques et politiques. C'est ainsi qu'à propos de *l'assurabilité des personnes séropositives* (20 septembre 1999) il défend le principe éthique de non-discrimination de celles-ci tout en défendant aussi le principe politique de l'égalité républicaine l'amenant à rejeter toute procédure spécifique pour les personnes vivant avec le VIH.

D'une manière générale le CNS s'est toujours attaché à considérer particulièrement les problèmes posés par le dépistage, la confidentialité due aux personnes atteintes, les discriminations dont elles peuvent être victimes, les droits qui doivent leur être reconnus.

C'est ainsi que le CNS est intervenu à plusieurs reprises dans le débat public pour affirmer son attachement au principe du consentement libre et éclairé comme condition à la réalisation d'un test sérologique de dépistage pour le VIH. Il a renouvelé cette affirmation encore récemment.

Le CNS a toujours été très attentif à défendre le respect de la confidentialité à l'égard des personnes séropositives qui risquent d'être stigmatisées en raison de leur statut sérologique et des pratiques qui les ont conduit à être contaminées.

Plus largement le Conseil a toujours voulu contribuer à lutter contre toutes les formes d'exclusion et de discrimination. C'est ainsi qu'il est intervenu, comme nous l'avons vu plus haut, en faveur de personnes placées dans des conditions de particulière vulnérabilité.

En dernier lieu le CNS a, chaque fois que possible, insisté, sur la nécessité de respecter les droits des personnes atteintes ou dont les conditions de vie les rendaient plus vulnérables à l'infection par le VIH. L'enjeu concerne ici autant l'égalité devant la loi que l'équité dans sa mise en œuvre.

## Relations du CNS vis-à-vis des décisions politiques et des gouvernants

Quel peut être l'impact des travaux du CNS sur les décisions publiques prises en matière de VIH/sida ? Il n'est pas toujours aisé de savoir si ses avis sont suivis ou non. Sans aucun doute certains l'ont été comme ceux concernant *les prisons ou les départements d'outre-mer* ou encore, plus récemment, celui à propos de *la confidentialité des soins chez les adolescents mineurs* ou ceux concernant *la possibilité d'un recours à l'AMP pour les couples présentant un risque VIH et désirant un enfant*. Il semble aussi que les recommandations que nous avons faites dans un avis intitulé *Toxicomanie et Sida* (adopté le 8 juillet 1993) aient été suivies. Le CNS faisait alors essentiellement trois recommandations : a) améliorer la prévention primaire des usages de drogues parmi les plus jeunes ; b) développer les services d'accueil et de traitement des usagers en souffrance ; c) soutenir les initiatives à même de favoriser l'accès aux soins. Nous espérons aujourd'hui que certaines des 25 recommandations faites dans notre dernier avis adopté le 21 juin 2001 soient écoutées par le législateur et par les pouvoirs publics au niveau national et aux échelons décentralisés auxquels ils sont adressés. Cet avis intitulé *Les risques liés aux usages de drogues comme enjeu de santé publique. Propositions pour une reformulation du cadre législatif*, qui témoigne du souci de continuité des réflexions que mène le CNS, s'inscrit dans un contexte radicalement différent de celui de 1993. De nombreuses évolutions nous ont conduit à réévaluer le problème des risques sanitaires liés aux usages de drogues : a) l'apparition des multithérapies antirétrovirales (classiques trithérapies anti-VIH) hautement actives ; b) le développement massif et rapide des traitements de substitution aux opiacés ; c) un progrès des connaissances et de leur diffusion ; d) une diversification dans la consommation des drogues illicites et licites, avec une extrême fréquence des polytoxicomanies et une hétérogénéité de la population des usagers de drogues. Quoi qu'il en soit, des pratiques à hauts risques persistent qui peuvent entraîner des dommages somatiques, psychiques, mentaux mais aussi sociaux avec un risque réel de précarisation et de vulnérabilité accrue. Dans ces conditions, le CNS estime nécessaire de reformuler clairement, dans la loi si nécessaire, la hiérarchie des priorités de la politique suivie, et d'en clarifier les objectifs. L'usage de drogues est une réalité fortement ancrée dans les pratiques sociales et doit être reconnue. Il adresse à la collectivité un défi de santé publique. Les priorités que retient le CNS sont les préventions primaire et secondaire visant respectivement à contrarier l'expérimentation et la répétition de l'usage de drogues, le maintien et le renforcement des actions de réduction des risques et dommages, la facilitation de l'accès aux soins et le déroulement de ces derniers dans le cadre ordinaire de la relation thérapeutique tant en ce qui concerne la prise en charge de l'abus et de la dépendance des drogues qu'en ce qui concerne celle des affections

somatiques ou psychiques qui peuvent résulter de leur usage. Enfin, le CNS considère que les sanctions et l'action répressive doivent être redéfinies au regard des objectifs de santé publique. C'est ainsi qu'il propose l'abandon de toute incarcération au motif du simple usage de drogues ainsi qu'une dépenalisation sous conditions qui concernerait l'usage simple et privé alors que les autres modalités (consommation collective, en public, par les mineurs) doivent être étroitement contrôlées. Le CNS, qui n'a pas la prétention de répondre avec ses recommandations à toutes les problématiques engagées par l'usage de drogues, souhaite que son avis participe à un débat qu'il espère dépassionné. Il est conscient que les changements espérés dans les représentations, les habitudes politiques ou les pratiques professionnelles, ne pourront intervenir que très progressivement.

Pour tenter d'apprécier au mieux quelles peuvent être les conséquences des avis qu'il émet le CNS se livre désormais à un difficile travail de suivi. Quel que soit le sujet abordé il est rare que le CNS soit le seul concerné. C'est ainsi que la décision publique étant l'aboutissement d'un processus complexe il est difficile d'imputer à une institution donnée la responsabilité de celle-ci. Le CNS pèse du poids qu'il peut mais sa constitution et ses méthodes de travail ne lui donnent ni la puissance du pouvoir médical ni la rapidité de réaction des associations. Enfin, sachant que la

force d'une institution est aujourd'hui très liée au soutien qu'elle reçoit des médias, la discrétion du CNS ne lui a pas toujours permis d'être bien relayé par ceux-ci. À cet égard, il nous semble que la visibilité progressivement croissante dont bénéficie le Conseil devrait participer à lui conférer une influence plus forte auprès des décideurs politiques.

### Remerciements

Mes remerciements vont à l'ensemble des conseillers ainsi qu'à l'équipe permanente et en particulier à MM. François Buton et Mathieu Thevenin, rapporteurs au Conseil national du sida.

Tous les avis peuvent être consultés sur le site CNS : [www.cns.sante.fr](http://www.cns.sante.fr)

Ils sont également consultables dans :  
Éthique, sida et société. Rapport d'activité du Conseil national du sida, La Documentation française, Paris.  
Tome I : 1989-1994.  
Tome II : 1994-1996.  
Tome III : 1997-1998.  
Tome IV : 1999-2000 (sous presse).