



## SITUATION EN FRANCE

### SURVEILLANCE NATIONALE DE L'ACTIVITÉ DE DÉPISTAGE DU V.I.H. EN FRANCE

N. CERF, V. GOULET, V. MASSARI, J. PILLONEL, A. SERFATY, A. LAPORTE, J.-B. BRUNET

#### INTRODUCTION

Les systèmes d'information sur le SIDA et sur l'infection par le V.I.H. en France comportent 3 ensembles différents :

- le premier porte sur la surveillance épidémiologique et vise à définir la situation actuelle et les tendances de l'épidémie. Il comprend la surveillance du SIDA et les enquêtes de prévalence du V.I.H. dans des sous-groupes définis de la population générale (femmes enceintes, personnes fréquentant les dispensaires antivénériens);
- le deuxième vise à mesurer l'activité de soins et à en évaluer les besoins. Il est constitué d'enquêtes réalisées dans les différents lieux de soins;
- le troisième sert à mesurer l'activité de dépistage et à décrire la population identifiée comme séropositive.

Cet article analyse l'activité de dépistage du V.I.H. à travers différents systèmes qui ont été mis en place à partir de 1985, date à laquelle ce dépistage s'est développé en routine.

La surveillance porte sur l'activité de dépistage du V.I.H. :

- dans les établissements de transfusion sanguine (E.T.S.);
- dans les laboratoires d'analyses médicales : réseau RENAVI (Réseau national du V.I.H.);
- en médecine générale : Réseau national téléinformatique de surveillance et d'informations sur les maladies transmissibles (R.N.T.M.T.);
- dans les consultations de dépistage anonyme et gratuit (C.D.A.G.).

#### LES DIFFÉRENTS SYSTÈMES DE SURVEILLANCE

##### Les établissements de transfusion sanguine

Le dépistage obligatoire du V.I.H. sur les dons de sang a débuté en août 1985. L'analyse des données issues de ce dépistage permet de suivre l'évolution du taux de dons positifs et de connaître les caractéristiques des donneurs positifs.

Les données sont centralisées à la direction générale de la Santé (D.G.S.), diffusées chaque trimestre à l'ensemble des E.T.S. et publiées annuellement dans le *B.E.H.* [1].

##### Le réseau RENAVI (Réseau national du V.I.H.)

Le réseau RENAVI a été mis en place fin 1987 afin de collecter des informations sur l'activité de dépistage du V.I.H. dans les laboratoires d'analyses médicales français.

Ce réseau, constitué de laboratoires volontaires, est géré par le Laboratoire national de la Santé.

L'objectif est de suivre l'évolution des sérologies effectuées **hors dons du sang**, de suivre les tendances évolutives des tests positifs confirmés et de connaître les caractéristiques des sujets trouvés séropositifs pour la première fois par le laboratoire.

L'enquête comporte deux volets :

- le premier, **RENAVI-1**, s'adresse à tous les laboratoires effectuant le test ELISA : 10 % de ces laboratoires (N=322) participent régulièrement depuis 1987;
- le second, **RENAVI-2**, ne concerne que les laboratoires pratiquant le test de confirmation par Western Blot : 35 % de ces laboratoires (N=58) participent régulièrement depuis 1987.

Le réseau n'est pas représentatif des laboratoires français, les laboratoires participants ayant une activité plus importante que l'ensemble des labora-

toires français. Toutefois, depuis 1989, une enquête complémentaire est réalisée auprès des laboratoires ne faisant pas partie du réseau afin d'évaluer leur niveau d'activité. Les coefficients de redressement calculés à partir de cette enquête sont appliqués aux données de RENAVI, permettant ainsi de fournir une estimation nationale de l'activité de dépistage.

Une analyse des résultats est effectuée annuellement et diffusée aux laboratoires participants.

##### Le Réseau national téléinformatique de surveillance et d'informations sur les maladies transmissibles

Le R.N.T.M.T. a été mis en place par la D.G.S. et l'I.N.S.E.R.M. en 1984 et regroupe des médecins généralistes sentinelles. La surveillance des prescriptions des sérologies V.I.H. a débuté sur le réseau en mars 1987.

L'objectif est de suivre l'évolution des motifs de prescription dans la population des consultants, de suivre l'évolution du nombre de séropositifs dépistés et de décrire cette population identifiée comme séropositive.

Les médecins sentinelles décrivent de façon anonyme sur le réseau télématique, le contexte de chaque prescription qu'ils effectuent, quel que soit le résultat du test.

L'échantillon de 500 médecins participants étant représentatif des médecins généralistes français, cette enquête permet une extrapolation à l'ensemble des prescriptions effectuées en médecine générale.

Les informations recueillies font l'objet de synthèses annuelles [2].

##### Les consultations de dépistage anonyme et gratuit

En 1988, les pouvoirs publics se sont dotés d'un dispositif de dépistage anonyme et gratuit du V.I.H. au niveau de chaque département. En 1990, ce dispositif comprend 121 consultations. En 1988, il en comprenait 115 et 119 en 1989. Les 121 consultations fonctionnelles à ce jour se répartissent en 82 C.D.A.G. gérées par l'hôpital et en 39 C.D.A.G. situées dans les dispensaires antivénériens et gérées par le Conseil général.

L'objectif est de mesurer l'activité de dépistage volontaire et d'analyser les caractéristiques des consultants testés selon le sexe, la classe d'âge et le statut sérologique.

Les bilans d'activité établis par les C.D.A.G. sont adressés au médecin inspecteur de la Santé de la D.D.A.S.S. Ils sont centralisés à la D.G.S. et publiés annuellement dans le *B.E.H.* [3].

#### RÉSULTATS

##### Évolution de l'activité de dépistage hors dons du sang (tabl. 1)

Entre 1988 et 1989, l'activité de dépistage (hors dons du sang) a augmenté de façon importante dans les différents systèmes (42 % pour RENAVI, 47 % sur le R.N.T.M.T. et 67 % dans les C.D.A.G.).

Tableau 1. — Évolution de l'activité de dépistage hors dons du sang

	1988	1989	1990
C.D.A.G. ....	32 902 *	54 830	59 791
R.N.T.M.T. ** ....	415 000	610 000	570 000
R.E.N.A.V.I. *** ....	1 747 825	2 488 625	2 854 082

\* Activité ne correspondant pas à une année entière (1-2-1988 au 31-12-1988).

\*\* Chiffres extrapolés à la France entière.

\*\*\* Estimation nationale.

Entre 1989 et 1990 l'augmentation de l'activité était moins importante (9 % dans les C.D.A.G., 15 % pour RENAVI). Cette augmentation n'a pas été observée sur le R.N.T.M.T.

#### Caractéristiques des sujets testés

##### Sexe (tabl. 2)

L'analyse par sexe des sujets testés en 1990 montre que les femmes sont plus testées que les hommes sur le R.N.T.M.T. (H/F = 0,9) et sur le réseau RENAVI (H/F = 0,7). Par contre, dans les C.D.A.G., le sexe ratio est de 1,7. Cette situation n'a pas varié dans les différents systèmes de 1988 à 1990 (l'information n'est pas disponible pour les donneurs de sang).

Tableau 2. — Évolution du sexe ratio des sujets testés

	1988	1989	1990
C.D.A.G. ....	1,6	1,7	1,7
R.N.T.M.T. ....	0,9	0,8	0,8
R.E.N.A.V.I. * ....	0,7	0,7	0,7

\* Sexe ratio obtenu à partir des données redressées.

#### Âge

L'analyse de la répartition des sujets testés selon la classe d'âge a pu être étudiée dans deux systèmes : les C.D.A.G. et sur le R.N.T.M.T.

Elle montre que la plupart des sujets testés appartiennent à la classe d'âge 20-29 ans (50 % des sujets testés dans les C.D.A.G., 56 % sur le R.N.T.M.T.).

La répartition observée en 1990 dans les 2 réseaux diffère peu de celle observée en 1989. Par rapport à 1988, les consultants testés dans les C.D.A.G. sont plus jeunes en 1989 et en 1990 : la part des moins de 30 ans a tendance à augmenter [3].

#### Évolution du taux de séropositivité (tabl. 3)

Le taux de séropositivité a tendance à diminuer dans les C.D.A.G., sur le R.N.T.M.T. et dans les E.T.S. Il est passé :

- dans les C.D.A.G., de 4,7 % en 1988 à 3,0 % en 1990;
- sur le R.N.T.M.T., de 4,2 % en 1988 à 3,0 % en 1990;
- dans les E.T.S., de 1,7 pour 10 000 dons en 1988 à 1,0 pour 10 000 dons en 1990.

Il n'est pas possible de calculer un taux de séropositivité pour RENAVI. En effet, RENAVI-2 ne concerne que les laboratoires pratiquant le test Western Blot. Ces laboratoires, en fait, centralisent tous les sérum trouvés positifs en ELISA par les autres laboratoires ne pratiquant pas le test de confirmation. Ne connaissant pas le nombre de sérum testés par ces laboratoires extérieurs, il n'est pas possible de rapporter le nombre de sérum positifs en Western Blot à un nombre de sérum testés.

Toutefois, le nombre de sérum positifs confirmés dans les 58 laboratoires participants à RENAVI-2 est passé de 8 623 cas en 1988 à 8 151 en 1989 et à 7 700 en 1990. L'évolution va dans le même sens que celle observée dans les autres systèmes.

Tableau 3. — Évolution du taux de séropositivité

	1988	1989	1990
C.D.A.G. ....	4,7 %	3,5 %	3,0 %
R.N.T.M.T. ....	4,2 %	2,4 %	3,0 %
E.T.S. (dons du sang) ....	1,7/10 000	1,2/10 000	1,0/10 000

#### Âge et sexe des sujets séropositifs

##### Sexe ratio (tabl. 4)

Le nombre de sérum trouvés positifs est plus faible chez les femmes que chez les hommes. Le sexe ratio est de 3 à 4 hommes séropositifs pour une femme en 1990 dans les différents systèmes.

Le sexe ratio des sujets séropositifs n'a pas varié entre 1988 et 1990 dans les C.D.A.G., le R.N.T.M.T. et sur RENAVI. Par contre, dans les E.T.S., le sexe ratio des donneurs séropositifs est passé de 4,3 en 1988 à 3,4 en 1990.

Dans les C.D.A.G. et le R.N.T.M.T. pour lesquels on dispose de données concernant la prévalence de l'infection par le V.I.H. (nombre de sujets positifs/nombre de sujets testés), on observe globalement que la prévalence est 2 à 3 fois plus élevée chez l'homme que chez la femme en 1990.

Tableau 4. — Évolution du sexe ratio des sujets séropositifs

	1988	1989	1990
C.D.A.G. ....	4,0	3,2	3,6
R.N.T.M.T. ....	3,1	4,7	3,0
R.E.N.A.V.I. ....	3,0	2,9	2,9
E.T.S. (dons du sang) ....	4,3	3,9	3,4

#### Âge

70 à 80 % des séropositifs identifiés dans les différents systèmes ont entre 20 et 39 ans. Ces proportions ne varient pas au cours du temps.

Les moyennes d'âge des sujets séropositifs sont disponibles pour RENAVI. Elles sont passées pour les femmes de 28,5 ans en 1988 à 29,2 ans en 1990 et, pour les hommes, de 32,1 ans à 32,8 ans. Comparativement, l'âge moyen des femmes atteintes du SIDA est passé de 34,9 ans pour les cas diagnostiqués en 1988 à 34,2 ans pour ceux de 1990. Pour les hommes, il est passé de 37 ans en 1988 à 36,6 ans en 1990.

La répartition des séropositifs selon la classe d'âge et le sexe montre une augmentation du sexe ratio en fonction de la classe d'âge dans l'ensemble des réseaux. La proportion d'hommes infectés augmente donc avec l'âge.

On observe au cours du temps un vieillissement des sujets trouvés positifs dans les différents systèmes : la part des 20-29 ans a diminué de 1988 à 1990 alors que la part des plus de 30 ans a augmenté.

#### DISCUSSION

Au cours de ces 3 années d'études, l'augmentation de l'activité de dépistage (nombre de tests prescrits et effectués) a été importante entre 1988 et 1989 puis s'est ralentie l'année suivante.

Les résultats préliminaires disponibles sur l'année 1991 pour RENAVI montrent que l'activité a augmenté de 14 % en 1991 par rapport à 1990. Un pic très important a été noté en novembre-décembre 1991 avec 42 % d'augmentation de l'activité de dépistage par rapport à la période correspondante de 1990. Cette augmentation a été également observée sur le R.N.T.M.T. : le nombre moyen de tests prescrits par médecin en novembre et décembre 1991 a triplé par rapport à la période correspondante de 1990 et le nombre de tests prescrits sur l'ensemble de l'année a augmenté de 23 % en 1991 par rapport à 1990. Cette augmentation est probablement liée au contexte particulier de cette période où de nombreux appels au dépistage ont été lancés par plusieurs personnalités.

Malgré l'augmentation de l'activité de dépistage sur l'ensemble de l'année 1991 dans RENAVI, le nombre de séropositifs identifiés a baissé de 12 % en 1991. Depuis 1988 le pourcentage de sérum trouvés positifs dans les différents systèmes d'évaluation de cette activité, a tendance à diminuer. Cette baisse est liée à une extension du dépistage en direction de la population la moins exposée. En effet, l'analyse des motifs de recours au test sur le R.N.T.M.T. montre une augmentation importante des tests prescrits dans le cadre du dépistage prénatal et prépuérin depuis 1988 et une diminution des tests effectués chez les personnes ayant des comportements à risque (homo-bisexualité, toxicomanie, partenaires de sujets séropositifs) [2].

L'augmentation des tests effectués dans le cadre du dépistage prénatal dès 1988 explique la part plus importante de femmes testées observée à partir de cette date, excepté dans les C.D.A.G. En effet, les C.D.A.G. situées dans les dispensaires antivénériens ont accueilli 63 % de l'ensemble des consultants en 1990 [3] ; or, les dispensaires antivénériens ont toujours été plus fréquentés par les hommes que par les femmes.

D'après le rapport du groupe de travail de l'action coordonnée n° 6 de l'A.N.R.S. à propos de la prévalence de l'infection par le V.I.H. en France [4], le nombre cumulé de personnes infectées en 1989 est estimé entre 85 000 à 200 000 dont 80 % d'hommes et 20 % de femmes. Dans les différents réseaux analysés ici, la proportion de femmes trouvées séropositives est plus élevée (20 à 25 %).

Cette différence peut s'expliquer par le fait que les résultats obtenus à partir des réseaux de surveillance ne concernent que l'activité de dépistage sur une période récente (correspondant à un pourcentage plus élevé de femmes testées), les sujets à haut risque d'infection, notamment parmi les homosexuels et les toxicomanes, ont eu recours au test dès sa disponibilité en routine, c'est-à-dire entre 1986 et 1988.

Par comparaison avec les cas de SIDA, les séropositifs sont plus souvent de sexe féminin (sexe ratio compris entre 3 et 4 alors qu'il est de 5 pour les cas de SIDA) et plus jeunes en moyenne de 4 à 5 ans. La différence au niveau de l'âge moyen s'atténue au cours du temps, le vieillissement observé des séropositifs identifiés contraste avec la stabilisation de l'âge moyen des cas de SIDA.

Ces résultats sont en faveur d'un faible renouvellement de la population séropositive parmi les sujets testés actuellement en France. Cependant, aucune extrapolation ne peut en être déduite vis-à-vis de la dynamique actuelle de l'épidémie. Les séropositifs identifiés récemment ne peuvent être considérés comme de « nouveaux séropositifs », la date de leur contamination pouvant être ancienne.

Les données tirées de l'analyse de l'activité de dépistage ne peuvent donc être considérées comme un outil d'analyse des tendances épidémiologiques. En revanche, elles fournissent des indications utiles pour l'orientation de cette activité. Elles montrent en particulier, l'intérêt pour la Santé publique d'une incitation au dépistage basée sur la connaissance des risques par rapport à une extension purement quantitative des tests pratiqués sur les populations les moins exposées.

#### RÉFÉRENCES

- [1] PILLONEL J., QUIOT A., BALIQUE M.-H., PINVILLE H., BRUNET J.-B. — **Le dépistage du V.I.H. et de la syphilis dans les établissements de transfusion sanguine.** *B.E.H.* n° 14/1991 : 55-57.
- [2] MASSARI V., BRUNET J.-B., VALLERON A.-J. — **La surveillance des prescriptions de sérologies anti-V.I.H. par les médecins généralistes sentinelles.** *B.E.H.* n° 14/1990 : 58-59.
- [3] SERFATY A., PERRAULT M., PILLONEL J., LAPORTE A., PATRIS C., DEBEAUPUIS J. — **Bilan d'activité des consultations de dépistage anonyme et gratuit du V.I.H. en 1990.** *B.E.H.* n° 21/1990 : 83-84.
- [4] Groupe de travail de l'Action coordonnée n° 6 « Incidence et prévalence de l'infection à V.I.H. » de l'A.N.R.S. **Prévalence de l'infection par le V.I.H. en France en 1989.** *B.E.H.* n° 37/1990 : 159-161.

# INFORMATION ADMINISTRATIVE

## DÉCRET N° 92-183 DU 28 FÉVRIER 1992

### relatif au fonds d'indemnisation institué par l'article 47 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social

#### Article premier

La demande d'indemnisation présentée au titre des préjudices définis au I de l'article 47 de la loi du 31 décembre 1991 susvisée doit comporter les éléments justificatifs mentionnés au premier alinéa du IV de cet article ainsi que la justification des préjudices.

Cette demande est adressée au fonds d'indemnisation institué par le III de l'article 47 susmentionné, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

#### Article 2

La commission d'indemnisation instituée par le III de l'article 47 susmentionné peut décider de procéder à l'audition du demandeur.

À tout moment de la procédure, le demandeur peut se faire assister ou représenter par une personne de son choix, y compris en cas d'audition par la commission.

Le demandeur est avisé de la date à laquelle la commission se réunira en vue de statuer sur sa demande d'indemnisation ou de versement de provision.

#### Article 3

Toute personne physique ou morale détenant des informations, notamment de caractère médical, de nature à éclairer le fonds sur les demandes d'indemnisation dont il est saisi est tenue, en application du quatrième alinéa du IV de l'article 47 susmentionné, de transmettre ces informations au fonds sur demande de celui-ci.

Le fonds communique ces informations au demandeur.

Lorsqu'il s'agit d'informations de caractère médical, celles-ci sont transmises au fonds par l'intermédiaire du médecin que le fonds a mandaté à cet effet; elles sont obligatoirement communiquées au demandeur par l'intermédiaire du médecin désigné par le demandeur.

#### Article 4

En cas d'examen médical pratiqué à la demande de la commission d'indemnisation, celle-ci informe le demandeur, quinze jours au moins avant la date de l'examen, de l'identité et des titres du médecin chargé d'y procéder, de l'objet, de la date et du lieu de l'examen.

Ce médecin est choisi parmi les spécialistes en activité dans les domaines concernés.

La commission fait également savoir au demandeur qu'il peut se faire assister d'un médecin de son choix. La commission peut décider à titre exceptionnel que la rémunération de ce médecin sera prise en charge par le fonds.

Le rapport du médecin doit être adressé dans les vingt jours à la commission d'indemnisation, au demandeur par l'intermédiaire du médecin qu'il désigne et, le cas échéant, au médecin qui l'a assisté.

#### Article 5

La durée du délai défini au premier alinéa du V de l'article 47 susmentionné est fixée à trois mois. Toutefois, elle est de quatre mois pour les demandes parvenues au fonds avant le 1<sup>er</sup> septembre 1992.

L'offre d'indemnisation est notifiée au demandeur par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, elle est accompagnée, le cas échéant, de la copie des décomptes produits par les personnes ou organismes débiteurs des prestations ou indemnités mentionnées au deuxième alinéa du V de l'article 47 susmentionné.

#### Article 6

Le demandeur fait connaître au fonds par lettre recommandée avec demande d'avis de réception s'il accepte ou non l'offre d'indemnisation qui lui est faite.

Lorsque le demandeur accepte l'offre, le fonds dispose d'un délai d'un mois pour verser la somme correspondante.

#### Article 7

Les décisions du fonds rejetant partiellement ou totalement la demande d'indemnisation sont motivées.

#### Article 8

En application du premier alinéa du III de l'article 47 susmentionné, la commission d'indemnisation est chargée, d'une part, de se prononcer sur les demandes d'indemnisation, d'autre part, d'administrer ce fonds.

Elle est présidée par le président du fonds, président de chambre ou conseiller à la Cour de cassation, en activité ou honoraire, qui est nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie, des finances et du budget, du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre chargé de la santé.

La commission d'indemnisation comprend en outre quatre membres nommés par arrêté conjoint des mêmes ministres :

- 1<sup>o</sup> Un membre du Conseil d'État;
- 2<sup>o</sup> Un membre de l'inspection générale des affaires sociales;
- 3<sup>o</sup> Un médecin membre du Conseil national du syndrome de l'immuno-déficience acquise;
- 4<sup>o</sup> Une personne qualifiée dans le domaine de la santé.

Le président et les membres de la commission ont chacun un suppléant nommé dans les mêmes conditions; ils sont nommés, ainsi que les suppléants, pour une période de trois ans renouvelable.

En cas de vacance, un remplaçant est nommé dans les mêmes conditions que son prédécesseur pour la durée du mandat restant à courir.

#### Article 9

La commission se réunit sur convocation de son président aussi souvent que ce dernier le juge utile et au moins une fois par trimestre.

Les décisions de la commission sont prises à la majorité des membres la composant.

#### Article 10

Le conseil institué par le deuxième alinéa du III de l'article 47 susmentionné est composé de :

- 1<sup>o</sup> Trois personnes désignées par les associations représentant les victimes de préjudices définis au I dudit article 47;
- 2<sup>o</sup> Trois représentants de l'administration, désignés respectivement par le ministre chargé de l'économie, des finances et du budget, le garde des sceaux, ministre de la justice, et le ministre chargé de la santé;
- 3<sup>o</sup> Deux personnalités qualifiées dans le domaine de la santé ou de la réparation des dommages corporels, désignées par le président du fonds.

Les membres du conseil sont nommés pour une période de trois ans renouvelable.

#### Article 11

Le président du fonds préside ce conseil et le convoque chaque fois qu'il le juge utile et au moins une fois par trimestre.

Le conseil émet des avis et formule toute suggestion utile relative à l'exercice des missions du fonds, notamment en ce qui concerne les modalités de l'instruction des dossiers et les modes de réparation des préjudices.

#### Article 12

Le secrétaire général du fonds est désigné par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie, des finances et du budget, du ministre des affaires sociales et de l'intégration, du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la santé. Il assiste avec voix consultative aux séances de la commission d'indemnisation.

#### Article 13

Les statuts du fonds d'indemnisation sont approuvés par arrêté conjoint du ministre chargé de l'économie, des finances et du budget, du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre chargé de la santé.

#### Article 14

Le fonds d'indemnisation est soumis au contrôle de l'État. Un contrôleur d'État, nommé par arrêté conjoint du ministre de l'économie, des finances et du budget et du ministre chargé de la santé, est chargé d'exercer ce contrôle.

Le contrôleur d'État assiste avec voix consultative aux séances de la commission d'indemnisation. À cet effet, les convocations, accompagnées des ordres du jour et des documents à examiner, lui sont adressées dans les mêmes conditions et à la même date qu'aux membres de la commission. Les procès-verbaux lui sont soumis dès leur établissement.

Pour l'exercice de sa mission, le contrôleur d'État peut demander communication ou prendre connaissance sur place de tous documents ou titres relatifs à la gestion du fonds d'indemnisation.

Chaque mois, une situation de trésorerie ainsi qu'un état récapitulatif des dépenses et des recettes et, chaque année, un compte rendu financier sont adressés au contrôleur d'État.

#### **Article 15**

Les décisions de gestion prises par le fonds sont exécutoires à l'expiration d'un délai de quinze jours à dater de la décision si le contrôleur d'État ne signifie pas soit qu'il approuve immédiatement, soit qu'il s'oppose à la décision. Toutefois, le délai ci-dessus est ramené à cinq jours en ce qui concerne les décisions ne comportant pas un engagement financier pour le fonds.

#### **Article 16**

Sans préjudice des dispositions du XII de l'article 47 susmentionné, les opérations effectuées par le fonds d'indemnisation comprennent, en recettes, notamment, les subventions de l'État, les contributions que peuvent apporter les entreprises d'assurances, les sommes perçues en application du IX de

l'article 47 susmentionné, les revenus des fonds placés et les bénéfices sur remboursements et réalisation d'actifs. Elles comprennent, en dépenses, les indemnités versées au titre des préjudices pris en charge, les frais remboursés au même titre, les frais de fonctionnement, de recours et de placement exposés et les pertes sur réalisation d'actifs.

Les avoirs disponibles du fonds d'indemnisation font l'objet des placements mentionnés à l'article R. 332-2 du code des assurances, suivant les limitations prévues à l'article et à l'article R. 332-3-1 du même code.

Toutefois, pour le calcul de ces limitations, le montant de chacune des catégories de placements est rapporté au montant des avoirs disponibles du fonds.

#### **Article 17**

Une indemnité de fonction, non soumise à retenue pour pension civile de retraite, est attribuée au président et aux membres titulaires de la commission d'indemnisation; son montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la santé.

Le président et les membres suppléants reçoivent une indemnité forfaitaire, dont le montant est fixé par le même arrêté, pour chaque réunion à laquelle ils suppléent les membres titulaires.

### **ARRÊTÉ DU 26 FÉVRIER 1992**

#### **portant approbation des statuts du fonds d'indemnisation institué par l'article 47 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social**

##### **Article premier**

Sont approuvés les statuts du fonds d'indemnisation institué par l'article 47 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 susvisée tels qu'ils figurent en annexe du présent arrêté.

##### **ANNEXE**

##### **STATUTS DU FONDS D'INDEMNISATION DES TRANSFUSÉS ET HÉMOPHILES CONTAMINÉS PAR LE V.I.H.**

##### **Article premier**

Institué par l'article 47 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991, le fonds d'indemnisation des transfusés et hémophiles contaminés par le virus d'immunodéficience humaine, doté de la personnalité civile, régi par le décret n° 92-183 du 26 février 1992, l'est, en outre, par les présents statuts.

##### **Article 2**

Le siège du fonds est établi à Paris (12<sup>e</sup>), 106, avenue du Général-Michel-Bizot. Il peut être transféré en tout autre lieu par simple décision de la commission.

##### **Article 3**

Le fonds est présidé par un président de chambre ou un conseiller à la Cour de cassation, en activité ou honoraire, qui préside aussi la commission d'indemnisation et le conseil consultatif.

En cas d'empêchement du président, la présidence est assurée par son suppléant.

##### **Article 4**

La commission d'indemnisation se prononce sur les demandes d'indemnisation des victimes de contamination et sur l'opportunité d'engager les actions au titre de la subrogation du fonds dans les droits des victimes indemnisées. Elle décide également de l'opportunité d'intervenir devant les juridictions répressives en cas de constitution de partie civile contre les responsables du préjudice lorsque le dommage est imputable à une faute.

La commission adopte un règlement intérieur qui précise les modalités de la procédure d'indemnisation en complément des dispositions légales et réglementaires.

##### **Article 5**

La commission est autorisé à confier au fonds de garantie des accidents de circulation et de chasse la mission de recevoir les demandes d'indemnisation des victimes, de les instruire conformément à ses directives, d'assurer l'exécution des décisions prises notamment en application de l'article 7 ci-après et de lui en rendre compte.

##### **Article 6**

Sous réserve des attributions conférées au contrôleur d'État par le décret précité, la commission et le président sont investis des pouvoirs d'administration du fonds.

La commission autorise les conventions et traités portant délégation de pouvoirs en matière de gestion. Elle se prononce sur les comptes annuels.

##### **Article 7**

Le président représente le fonds vis-à-vis des tiers; il autorise toutes conventions hormis celles évoquées à l'article précédent; il décide de l'emploi des placements dans le cadre de la réglementation du fonds et autorise l'ouverture de comptes de dépôts dans les établissements de crédit ou assimilés.

Il ordonne les sommes à payer, donne ou autorise, s'il y a lieu, toutes mainlevées d'inscriptions, d'oppositions et saisies ainsi que tous désistements de droits, actions, priviléges et hypothèques.

D'une manière générale, il prend toutes les décisions nécessaires au bon fonctionnement du fonds, les pouvoirs détaillés ci-dessus n'étant énoncés qu'à titre indicatif et non limitatif.

Le président peut déléguer tout ou partie des pouvoirs ci-dessus énumérés au secrétaire général ou à une personne moyennant l'autorisation de la commission.

##### **Article 8**

En matière d'indemnisation ou de gestion, les décisions de la commission sont prises à la majorité des membres la composant.

Le vote par procuration n'est pas admis.

##### **Article 9**

Les délibérations de la commission font l'objet de procès-verbaux qui sont signés par le président ou par un autre membre de la commission.

Les extraits ou copies de ces procès-verbaux sont valablement signés par le président ou par le secrétaire général.

**Article 10**

Le président et les membres de la commission ne contractent, à raison de leurs fonctions, aucune obligation personnelle ou solidaire et ne répondent que de l'exercice de leur mandat.

**Article 11**

Le conseil administratif visé à l'article 47-III de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 émet des avis et formule toute suggestion utile relative aux missions du fonds.

Le président le convoque chaque fois qu'il le juge utile et au moins une fois par trimestre.

**Article 12**

Le fonds est représenté en justice par son président ou par toute autre personne jouissant du plein exercice de ses droits civils et déléguée à cet effet par la commission.

**Article 13**

Chaque exercice comptable commence le 1<sup>er</sup> janvier et finit le 31 décembre de la même année.

Avant le 30 juin de chaque année, il est établi un compte de résultat et un bilan au 31 décembre précédent.

