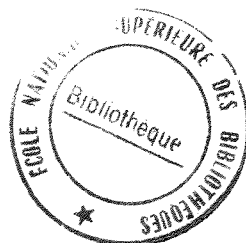


**Ecole Nationale  
Supérieure de  
Bibliothécaires**

**Université  
Claude Bernard  
Lyon I**

**Diplôme Supérieur  
de Bibliothécaire**

**DESS Informatique  
Documentaire**



## **Note de synthèse**

**LE DEVELOPPEMENT PSYCHO-AFFECTIF ET SEXUEL DE  
L'ADOLESCENT(E) ET SES IMPLICATIONS DANS LA  
LUTTE CONTRE LE SIDA.**

**EVALUATION DE L'IMPACT DE CETTE PREVENTION.**

**ANNIE H E L O T**

Sous la direction de :

**Monsieur BERNARD L A U M O N**

INSERM U265  
151 Cours A. Thomas  
69003 LYON

1991

1991

IB  
10

Le Développement psycho-affectif et sexuel de  
l'adolescent(e) et ses implications dans la lutte  
contre le SIDA; Evaluation de cette prévention.  
Annie HELOT

Résumé :

Les campagnes de prévention du SIDA auprès des jeunes se sont multipliées dans le monde depuis la prise de conscience internationale de l'exposition particulière au Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) de cette population-cible. Si elles ont permis, dans la majorité des cas, d'améliorer l'état des connaissances et de modifier l'attitude devant la maladie et les malades, elles ont eu peu d'impact en terme de modifications des comportements sexuels. Les stratégies de communications visant les adolescents peuvent être infléchies et optimisées grâce à des méthodes d'évaluation tant quantitatives que qualitatives.

Descripteurs :

Immunodéficit acquis syndrome ; Séropositivité et virus immunodéficience humaine ; Enfant ; Adolescent ; Adulte jeune ; Prévention ; Evaluation.

Abstract :

AIDS prevention campaigns for youth are increasing in the world since the international awareness of the particular exposure at the Human Immunodeficiency Virus (HIV) of this target population-group. If they have, in majority, permitted to improve knowledge, beliefs and attitudes against disease and sick persons, they have had a little effect on sexual behaviour modifications. Communication strategies for teenagers might be bended and ameliorated with sustained evaluation methods, quantitative as qualitative.

Keywords :

Acquired Immunodeficiency Syndrome ; HIV seropositivity ; Child ; Adolescent ; Young adult ; Prevention ; Evaluation.

*Je remercie Monsieur Bernard LAUMON,  
mon Directeur de mémoire, pour la  
confiance qu'il m'a accordée en me  
proposant ce thème de recherche.*

*et pour la disponibilité chaleureuse  
dont il a fait preuve, de même que  
Madame Pierrette COLLET.*

- S O M M A I R E -

Résumés et mot-clés

	<u>Pages</u>
<b>I - <u>METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE</u></b>	<b>2</b>
Introduction.....	1
1.1. Encyclopédies.....	2
11.1. Encyclopédia Universalis.....	2
11.2. Encyclopédie médico-chirurgicale.....	2
1.2. Ouvrages.....	3
1.3. Thèses.....	3
3.1. Sciences humaines.....	4
3.2. Médecine - Pharmacie - dentaire.....	4
1.4. Littérature dite "grise".....	6
1.4.1. RAMIS - Mémoire de la santé.....	6
1.4.2. ENSP.....	6
1.5. Articles de périodiques.....	7
1.5.1. Les bases du CNRS.....	8
1.5.1.1. Francis.....	8
1.5.1.2. Pascal.....	10
1.5.2. Medline et Index Medicus.....	11
1.5.2.1. Medline.....	11
1.5.2.1.1. Interrogation en ligne.....	11
1.5.2.1.2. Medline sur CD - Rom.....	14
1.5.2.1.3. Medline en accès vidéotex.....	15
1.5.2.2. Index Medicus.....	15
1.5.3. Embase et Excerpta Médica.....	16
1.5.3.1. Le CD - Rom Excerpta Medica.....	17
1.5.3.2. Les sections imprimées.....	19
1.5.4. Current contents : life sciences.....	19

Conclusions

SYNTHESE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

- Introduction..... 22
- 2. L'adolescence..... 23
  - 2.1. Etre adolescent aujourd'hui..... 23
  - 2.2. Quelques concepts fondamentaux..... 26
    - 2.2.1. La vie..... 26
    - 2.2.2. La mort..... 26
    - 2.2.3. La santé..... 26
    - 2.2.4. La maladie..... 27
    - 2.2.5. L'amour..... 27
    - 2.2.6. la sexualité..... 28
- 3. La prévention du Sida auprès des jeunes..... 29
  - 3.1. Le Sida en chiffres..... 29
  - 3.2. Le comportement sexuel des adolescent(e)s..... 30
  - 3.3. La prévention du Sida..... 30
    - 3.3.1. L'éducation sexuelle..... 31
    - 3.3.2. Lutte contre le SIDA..... 32
      - 3.3.2.1. Comment?..... 33
      - 3.3.2.2. Par qui?..... 34
      - 3.3.2.3. Quand?..... 34
      - 3.3.2.4. Où?..... 34
      - 3.3.2.5. Pour qui?..... 34
  - 3.4. L'usage du préservatif..... 35
- 4. Evaluation des campagnes de prévention du SIDA..... 35
  - 4.1. Le concept d'évaluation en santé publique..... 35
  - 4.2. Difficultés méthodologiques dans le cas du SIDA..... 36
  - 4.3. Evaluation de la prévention du SIDA :  
Population générale ou groupes-cibles autres  
que les adolescents..... 37
  - 4.4. Evaluation de la prévention du SIDA chez les  
jeunes : les exemples écossais et suisses..... 38

Conclusions

Annexes

ERRATA

\*\*\*\*\*

page, ligne	à la place de...	lire...
abstract	Immunofeficiency Virus	Immunodeficiency Virus
sommaire	SYNTHESE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	II - SYNTHESE DE LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE
p.2, 1. 31	arthérosclérose	athérosclérose
p.3, 1.22	(...)dépôt légal) : 800.000 notices à ce jour	(...)dépôt légal : 800.000 notices à ce jour)
p.4, 1.5	I.3.1. Résultats de la recherche Pour le fichier sciences humaines	Résultats de la recherche I.3.1.Pour le fichier sciences humaines
p.7, 1.15	(...)Lyon-Santé, franchise de port	(...) Lyon-Santé, en franchise de port
p.8, 1.39	(96)	(97)
p.9, 1.19	coexistence	coexistence
p.9, 3lignes avant la fin	3,81'	3'81
p.10, 1.26	2) jeunes??? (...)	2) jeune????? (...)
p.11, 1.14	code d'accès par numéro utilisateu- teur et mot de passe	code d'accès, numéro utilisateu- teur et mot de passe
p.11,1.17	36.29	36.29.36.00
1.23	8,20'	8'20
p.13, 1.15	(7())	(74)
1.28	notre dernière recherche	notre deuxième recherche
p.14, 1.27	adolescent psychology on ado- lescents	adolescent psychology or ado- lescents
1.36,37	b) 2-1. Attitude (...) 2-2. 1 et (adolescent...	b) 1. Attitude (...) 2. 1 et (adolescent...
p.15, 1.44	(...)signalés en tête de liste	(...) signalés ou traduits en anglais, ceux écrits dans cett langue originale en tête de liste
p.16, 1.15	contrairement l'Index Medicus	contrairement à l'Index Medicu
p.20, 1.14	(...) "life sciences", plus biologique (...)	(...) "life sciences, ayant une coloration plus biologique (...)
1.32	qui aurait également (...)	qui auraient également (...)

ERRATA (suite)

p.21, 1.19	6) (...) des investigations...	6) (...) ses investigations...
dernière ligne	(115) (117)	(116) (118)
p.22, 1.25	(...) l'étude récente (...)	(...) d'étude récente (...)
p.23, 1.4	la collecte constatée de réalisations	la collecte de réalisations
1.24	55) (66)	(4) (67)
1.24 à 26	toute la phrase	D'autres sources alimenteront heureusement le débat (13) (20) (34) (37) (47) (48) (72) (90) (105) (111) et surtout les références (42) et (106)
p.24, 1.16	les spécialités	les spécialistes
p.25, 1.7	contexte familiale	contexte familial
1. 11,12	(4) (6) (67) (68) (69)	(4) (6) (57) (58) (59)
p.26, 1.18	(53) (17) de par son incapacité	(53) (17). De par son incapacité
1.28	leur rentrée	leur propre entrée
1.29	le vieillissement propre	le vieillissement
p.27,1.7	(52)	(53)
1.32	le même	le thème
p.28, 1.34	sexualité de couple très schématiquement les adolescents...	sexualité de couple : très schématiquement, les adolescents...
p.29, 1.11	(les)	supprimer
1.20	voir (52)	voir (53)
1. 38	K. MEIN	K. HEIN
P.31, 1.22	(93)	(94)
1.38	datant anciens	déjà anciens
p.33 titre	II.3.3.2 comment ?	II.3.3.2.1. comment?
1.9	mixte ou non-mixte	mixtes ou non-mixtes
dernière ligne	"saper sex"	"safer sex"
p.35, 1.15	l'exemple" 'si, comme au Japon	l'exemple" ; si, comme au Japon
1.26	Cl. GOET	Cl. GOT
p.37, 1.22	voir (125)	voir (105)
p.38, 1.7	facteurs de résistances facilitateurs	facteurs de résistance et facilitateurs
p.39 titre	IV.4.1	II.4.4.1
1.20	IV.4.2	II.4.4.2

NB : Seules les coquilles affectant le sens des phrases figurent dans ces errata, de même que celles pouvant s'assimiler à des fautes d'orthographe.

## INTRODUCTION GENERALE

L'INSERM U 265 "Unité de recherches épidémiologiques sur les composantes physiques, psychologiques et sociales de la santé"

nous a confié ce travail bibliographique avec une double intention :

- 1) Obtenir prioritairement une revue et une synthèse de la littérature supposée existante mais non connue sur l'évaluation de campagnes de prévention du SIDA auprès des jeunes.

Réunir, à cet effet, corollairement, quelques données pertinentes sur les caractéristiques psycho-affectives et sexuelles de l'adolescence dans le but d'adapter des discours de promotion de la santé.

- 2) Utiliser les connaissances théoriques d'une étudiante-bibliothécaire pour la mise au point d'une sorte de manuel pratique unissant les diverses sources d'informations possibles sur le SIDA ; cet outil de travail pouvant permettre à l'Unité d'améliorer son savoir-faire pour interroger Medline, voire de lui ouvrir l'accès vers des sources nouvelles.

Nous avons donc essayé de dépasser le simple exercice d'école pour travailler dans cet objectif à double face ; c'est pourquoi la partie méthodologique insistera davantage sur les outils les moins connus.



# M E T H O D O L O G I E

L'objectif du travail étant à la fois l'évaluation des campagnes de prévention du SIDA auprès des jeunes et les particularités psychologiques de cette classe d'âge, la recherche bibliographique s'établira sur ces deux axes et aura donc à prendre en compte des sources purement médicales plus des outils en sciences humaines.

La difficulté de la récolte des documents réside dans le fait qu'il faut "balayer" large pour le premier point car le sujet est très précis et, à contrario, se montrer plus exigeants pour le deuxième point, à la littérature pléthorique.

Plutôt que de distinguer artificiellement recherche manuelle et recherche automatisée, nous avons préféré présenter les sources possibles les unes après les autres, et leurs différents modes d'accès, le cas échéant. La démarche globale consistera à prendre comme point de départ le général pour atteindre le particulier.

Dans le cas présent, plusieurs concepts de base sont à définir d'emblée : le SIDA, la prévention, l'évaluation, la psychologie de l'adolescent. L'intérêt du laboratoire INSERM qui nous a confié ce travail est d'obtenir une synthèse des connaissances disponibles sur le croisement idéal de ces quatre notions élémentaires.

Bien évidemment, les articles de périodiques constituent l'essentiel de la littérature intéressant les chercheurs, mais une démarche tendant à se rapprocher de l'exhaustivité ne peut faire l'impasse sur d'autres supports : encyclopédies, livres, thèses et littérature dite "grise" (mémoires, rapports non publiés...). C'est pourquoi nous présenterons ces moyens d'information rapidement avant de nous attarder plus longuement sur la recherche d'articles.

## I.1 - ENCYCLOPEDIES :

### I.1.1 - ENCYCLOPEDIA UNIVERSALIS (édition 1990).

La recherche dans le thésaurus à "épidémiologie", volume 8 (108), renvoie aussi à "médecine préventive", dans le volume 14 (22) où il est essentiellement question d'athérosclérose mais où les différentes phases des études épidémiologiques sont clairement exposées.

L'article sur le SIDA est, lui, signé par le Professeur MONTAGNIER (87) et fait en deux pages le tour de la question, à partir d'une communication effectuée en mai 1988 (notons déjà les deux ans de décalage).

### I.1.2 - **ENCYCLOPEDIE MEDICO-CHIRURGICALE**

Les spécialités de la science médicale y sont représentées découpées en 30 sections.

La table des matières 1988 renvoie pour "déficit immunitaire acquis" à la section INF (8002B10). L'article date de 1985 (61) et traite des enfants malades du SIDA infectés par voie maternelle ou transfusionnelle et ignore le cas spécifique des adolescents contaminés par voie sexuelle.

Quant à la référence de la section pédiatrie (079A10), elle se situe dans le contexte des déficits immunitaires en général et ne présente pas le moindre intérêt pour nous.

### I.2 - **LIVRES** :

La littérature grand public ou médicale est surabondante sur le SIDA. Pour en rester aux publications destinées aux spécialistes, nous en avons repéré un certain nombre dans les fichiers des deux Bibliothèques Universitaires utilisées (Lyon-Santé et Rouen Médecine-Pharmacie) (5) (6) (49).

Celle consacrée aux adolescents et disponible dans ces mêmes établissements est également abondante (2) (3) (77) (88).

Par ailleurs, après une vérification très précise dans le CD-ROM B N Opale (=tous les livres publiés en France depuis 1975 et entrés à la Bibliothèque Nationale par le dépôt légal) : 800.000 notices à ce jour, il n'a pas été trouvé de publication en langue française qui traite spécifiquement du SIDA et des jeunes.

Par contre, sur Electre, base de données du cercle de la librairie (36.17), 97 livres sur le SIDA ont été repérés dont 4 sont des manuels destinés aux jeunes, mais pas de publication(s) scientifique(s) sur le SIDA des jeunes (8) (32) (71) (107).

### I.3 - **THESES** : (voir annexe 1)

L'ex "Thésindex" est devenu en 1983 l'"Inventaire des thèses de doctorat soutenues devant les Universités françaises". Il comporte un volume d'index et un volume de notices. La dernière édition papier disponible à ce jour est celle de 1990 concernant les thèses de médecine - pharmacie - chirurgie dentaire - odontologie soutenues en 1988 (l'édition 1991 est sur le point de paraître).

Pour notre part, nous avons utilisé le CD-ROM "Téléthèses" qui recense toutes les thèses ci-dessus, plus celles de sciences humaines et de sciences depuis 1972. De la sorte, nous avons pu balayer d'abord la médecine puis les sciences humaines.

### I.3.1 - RESULTATS DE LA RECHERCHE :

#### Pour le fichier sciences humaines

sujet = SIDA = néant

mot du titre = SIDA = néant

sujet = adolescence = 10 réponses

mots du titre = adolescence = 28 réponses

= adolescent = 51 réponses

jeunes = 71 réponses

= adolescente = 2 réponses

Quelques essais de croisement avec les notions de santé, maladie, corps, n'ayant rien donné, et la recherche sur CD-ROM n'impliquant pas de coût pour l'utilisateur, une visualisation rapide des titres a permis d'acquiescer la certitude qu'aucun document ne répondait exactement à la question posée.

En parallèle, pour le deuxième axe de notre recherche, nous avons également utilisé les notions suivantes :

mot du titre = "mort" =	220 réponses
sujet = "mort" =	102 réponses
mot du titre = "maladie" =	62 réponses

(pas de sujet "maladie", évidemment, pour cause de dépassement de fichier).

Une tentative de croisement de ces concepts avec tous ceux précédemment cités concernant les adolescents n'a pas produit les références espérées.

Nous connaissons, à titre personnel, les travaux de Ginette RAIMBAUT sur la perception de la mort des enfants, mais il s'agit de celle de petits malades ou d'enfants côtoyant la mort dans leur famille.

### I.3.2 - POUR LE FICHER MEDECINE - PHARMACIE - DENTAIRE

Les thèses qui correspondent au croisement "SIDA" et "adulte jeune ou adolescent ou enfant" ne font référence qu'à des transmissions foeto-maternelles, ou transfusionnelles ou à des groupes dits à risques (jeunes toxicomanes par exemple). Or la demande de l'INSERM est de ne pas entrer dans la problématique de groupes particuliers de jeunes mais de rester sur un plan général, au niveau d'une tranche d'âge définie comme étant celle des adolescents.

Par ailleurs, une autre recherche essayant de cibler sur l'évaluation en épidémiologie a donné les résultats suivants :

sujet = épidémiologie =	630 réponses
mots du titre = évaluation = (il n'existe pas de sujet "évaluation").	896 réponses
épidémiologie et évaluation =	14 réponses

Les 14 références trouvées ne présentaient pas d'intérêt pour notre propos.

Dépitée, nous avons abandonné le mode guidé pour travailler en mode expert avec les mots "SIDA" et "prévention", en mots du titre ou mots-clés. Les 11 références obtenues ne s'appliquaient qu'aux précautions prises par les dentistes dans l'exercice de leur profession.

En l'occurrence, il n'était pas exclu qu'une recherche manuelle par année n'aboutisse à un meilleur résultat, ce que nous avons entrepris, juste pour cette année 1988. Deux entrées possibles ont été exploitées : l'une à "SIDA" suivi de "information médicale, adolescent" "information médicale, étudiant

l'autre à "adolescent, suivi de "SIDA, information médicale".

Deux références dignes d'intérêt figurent en (14) et (36) de notre bibliographie.

Une autre approche est également envisageable si le but recherché est l'exhaustivité : il suffit de repérer dans le plan de classement systématique les sections potentiellement pertinentes et de balayer des yeux les quelques pages qui concernent :

- . la section 27 : infectieuse (pathologie)  
bactériologie - microbiologie
- . la section 51 : Santé publique - Sociale (médecine)
- . la section 52 : Scolaire (milieu), Université
- . la section 60 : Virologie

La base "téléthèses" est également interrogeable, sans abonnement, sur le 36.15 (0,96 F la minute + 0,12) code "SUNK" (différents critères peuvent être choisis et combinés sans aucune difficulté, même pour un néophyte) et avec abonnement "SUNIST" sur le 36.14 (0,37 F TTC la minute).

## I.4 - LITTÉRATURE DITE "GRISE" :

### I.4.1 - RAMIS : MEMOIRE DE LA SANTE

L'Association RAMIS a constitué en 1987 une base de données sur la santé publique, l'éducation pour la santé et la promotion de la santé dont les caractéristiques sont présentées en annexe 2. L'intérêt d'une recherche sur cette base est qu'elle fournit, en plus d'articles dans le domaine considéré, des références impossibles à repérer ailleurs.

Le tarif est de 280 F./h TTC (hors télécom) sur abonnement.

A dire vrai, la recherche sur RAMIS - 10.000 références à ce jour - n'est pas très aisée, bien que les booléens (et, ou, sauf) soient utilisables.

Pour "SIDA" ou "S.I.D.A." en mots-clés,  
nous avons obtenu : 481 réponses

Pour "prévention" : 29 réponses.

Le croisement des deux notions n'a donné, curieusement qu'une seule réponse sur la perception sociale du SIDA en Ile-de-France, rapport de l'Observatoire Régional de la Santé. Par contre, ("SIDA et jeunes") ou (SIDA et adolescent(s)) ou (SIDA et évaluation) n'ont rien apporté du tout.

Par obstination, nous avons alors essayé "SIDA" et "prévention" en mots significatifs du titre, ce qui a affiché 21 réponses. Malheureusement, à ce moment précis est intervenu un incident de réseau qui nous a amenée, compte tenu des coûts, à interrompre nos investigations.

Cette base RAMIS ayant pour objectif de devenir le noeud d'un réseau européen en santé publique, doit donc rester présente à l'esprit du bibliographe.

### I.4.2 - E N S P

L'Ecole Nationale de la Santé Publique à Rennes, a chargé sur le 36.17 (2,17 F TTC la minute de connexion) code ENSP, trois services distincts :

- 1) Une base de données bibliographiques,
- 2) Un test de connaissance de l'enseignement par correspondance,
- 3) Un catalogue des éditions.

Le choix n° 1 permet de rechercher les travaux des élèves de 1962 à 1986 par auteur et titre et les travaux des élèves, les nouveaux ouvrages depuis 1987, une partie du fonds ancien et certains articles de périodiques par auteur, titre, et mots-clés.

Deux mots-clés maximum peuvent être demandés à la fois reliés par "et" ou "ou". Le service documentation (tél. 99 28 29 51) peut fournir la liste papier des mots-clés de la base, ce qui est plus pratique pour des interrogations régulières.

L'entrée de "SIDA ou S.I.D.A." et de "prévention" en mots du titre a rapporté 6 réponses toutes pertinentes (23) (114) et dont deux nous ont été particulièrement utiles (37) (67). Le mémoire et le séminaire interprofessionnel en question ont été empruntés pour nous par la Bibliothèque Universitaire, Lyon-Santé, franchise de port. Par contre, une troisième référence (34) à priori intéressante, n'a pu nous être fournie, n'existant qu'en un seul exemplaire à l'ENSP, laquelle nous a renvoyé une photocopie de la page de titre avec tous les renseignements utiles pour acheter le fascicule à l'Institut Universitaire de Médecine Sociale et Préventive de Lausanne.

#### I.5 - ARTICLES DE PERIODIQUES

Précisons à nouveau la demande de l'unité INSERM 265 de Lyon quant au but de ce travail :

- 1) repérer des actions de prévention du SIDA auprès des jeunes dans des pays de culture voisine et à niveau économique comparable, et si possible, leur évaluation,
- 2) exclure les articles se référant à des groupes particuliers (homosexuels, prostituées, toxicomanes),
- 3) obtenir des documents ne présentant pas de difficultés de lecture.

Compte tenu de la réalité éditoriale qui fait que pour avoir une audience internationale les auteurs n'ont pas d'autre choix que d'écrire en anglais, nous avons limité notre sélection de références au français et à l'anglais.

Pour des raisons de "couverture documentaire", dans lesquelles il serait trop long d'entrer, ce sont :

- 1) Les bases de données du CNRS (Pascal et Francis) qui ont permis de recenser la littérature en français.
- 2) La recherche de références en langue anglaise s'est effectuée sur Medline.

- 3) Une recherche sur Excerpta Médica limitée à l'anglais et au français à permis de compléter les listings précédemment obtenus.
- 4) Pour terminer une mise à jour portant sur les trois derniers mois (février/avril 1991) a été opérée grâce au "Current Contents Life Sciences" qui, en tant que simple revue de sommaires, permet une recherche courante et d'actualité plus immédiate (il faut de 3 à 4 mois pour qu'un article "entre" dans une base de données bibliographiques).

### I.5.1 - LES BASES DU C N R S

#### I.5.1.1 - Francis

Produite par le Centre de Documentation en Sciences Humaines du CNRS, puis par l'INIST, elle recense la littérature mondiale dans ce domaine depuis 1972.

Notre recherche s'est effectuée le 22 Mars et a adopté la stratégie large suivante :

- 1) SIDA ou S.I.D.A. 397 réponses  
(En effet, la machine a cherché les mots demandés aussi bien dans les mots-clés, que dans les titres ou les résumés : recherche en langage "naturel" ou "sur texte").
- 2) 1 et (jeune? ou adolescen /t) 18 réponses
- 3) 2 et Fre/la 13 réponses.

Les mots du texte "attitude? ou représentation? ou comportement? ou images" d'une part, et "prévention? ou évaluation?", préparés, n'ont pas été utilisés).

Compte tenu du très petit nombre de réponses, nous avons rapidement visualisé les champs titre (TI) et descripteurs français (FD) pour juger de la pertinence de notre récolte et avons commandé le listing en différé. A réception, l'une des treize références se révélait non pertinente puisqu'orientée essentiellement vers les toxicomanes. Les douze autres figurent dans notre bibliographie.

Il est à noter que le domaine Rhésus (sciences humaines de la santé) produit six références (11) (12) (19) (45) (52) (118), tandis que les six autres se répartissent comme suit :

- . religion : 1 (9)
- . éducation : 3 (12) (64) (96)
- . sociologie : 2 (98) (115)

Il n'aurait donc pas été judicieux d'interroger, à l'intérieur de Francis, uniquement le domaine Rhésus (15.000 références à jour, depuis 1978). D'autre part, l'indexation au CNRS pose quelques problèmes - nous y reviendrons plus tard avec Pascal - qui font que à la lecture du champ "FD" on trouve pas moins de 63 descripteurs différents, avec une moyenne par article de 8 descripteurs (de 4 à 13 dans notre petite série à valeur d'échantillon).

On n'ose, dans ces conditions, imaginer le travail de fourmi auquel il aurait fallu se livrer pour récupérer ces données dans la version papier du produit.

Il n'apparaît pas normal, par exemple, que le descripteur "SIDA", amène 5 références, de même que le descripteur "S.I.D.A.". Une normalisation du vocabulaire serait indispensable pour des termes aussi proches.

De même la coexistence des mots-clés "jeune" (3 fois) et "jeunes" (1 fois) est-elle proprement incohérente, surtout si on leur ajoute la présence du mot-clé "adolescent" (4 fois).

L'inexistence, dans Francis, d'un véritable lexique impose donc une recherche en langage naturel qui, pour être un tant soit peu fiable, devrait multiplier les concepts voisins, ce qui est difficile pour l'utilisateur et pourrait amener beaucoup de "bruit".

En conclusion, disons donc qu'au terme d'une recherche dans Francis, on aura le plus souvent une impression de flou, d'approximation et aucune véritable assurance d'avoir fait le tour du problème. La lecture attentive de chaque article et l'exploitation de sa bibliographie permettront, là plus qu'ailleurs, de compléter ce qui n'est, en fait, qu'un point de départ.

Le coût de la recherche dans la base "Francis" sur le serveur Télésystèmes-Questel est le même que celui de Pascal :

. 10,20 F TTC la minute de connexion,

. 3,80 F TTC par référence imprimée en différé,

auxquels il faut ajouter les frais de réseau TRANSPAC (environ 0,70 F la minute).

En ce qui nous concerne, nous sommes restée connectée en ligne 3,81', ce qui reste très raisonnable, comme dépense et nous a malgré tout permis de récupérer quelques références opportunes.



Francis génère également un CD-ROM semestriel, que nous n'avons pas pratiqué et est interrogeable sur le 36.29 (voir la note plus bas sur Medline).

#### I.5.1.2 - Pascal

Base produite par le Centre de Documentation en Sciences et Techniques (CDST) du CNRS, devenu en 1988 l'Institut de l'Information Scientifique et Technique (INIST) et transféré de Paris à Vandoeuvre-lès-Nancy en 1990.

L'INIST est né de la fusion du CDST et du CDSH et c'est son département "Bases et banques de données" qui produit Pascal et Francis, tandis qu'une filiale de droit privé, "INIST diffusion" fournit, elle, les documents primaires à raison de 26 F. la tranche de 10 pages.

Sur un plan plus général, 500.000 documents entrent à l'INIST chaque année et Pascal contient 26.000 titres de périodiques dont 17.500 vivants, 52.000 rapports et 40.000 thèses.

L'utilisateur dispose d'un catalogue listant la totalité des titres reçus avec ISSN, titre abrégé, cote CNRS et état de la collection.

Pour travailler dans Pascal, le lexique s'avère indispensable étant donné la masse de documents publiés en médecine chaque année et pour éviter le "bruit".

Notre équation de recherche sur Pascal (ENSB février 1991) a été la suivante :

1) immunodéficit acquis syndrome	6.966 réponses
2) jeunes??? ou adolescen??? ou lycée???? ou colleg+ /t ou (appelé? 2 AV contingent)	77.724 réponses
3) 1 et 2	146 réponses
4) 3 et fre/la	26 réponses
5) 4 sauf thèses /DT	26 réponses

#### Justifications de cette stratégie :

Etape 1 : le SIDA est indexé, sous "immunodéficit acquis syndrome". Il a semblé indispensable de l'exiger dans le champ des mots-clés.

Etape 2 : là nous avons appliqué une recherche sur texte pour ratisser le plus large possible.

Etape 3 : application du booleen pour croiser les résultats.

Etape 4 : limitation à la langue française.

Etape 5 : élimination des thèses potentielles.

26 références ont été visualisées en ligne pour leur champ "titre" et 5 ont été retenues et figurent dans notre bibliographie (40) (51) (74) (86) (94).

Les 21 autres étaient trop éloignées du sujet pour ne pas être rejetées : 4/5 de perte d'information, c'est indubitablement énorme.

Cinq moyens pour constituer sa bibliographie Pascal sont proposés de façon concomittente par l'INIST :

- La version papier : Pascal Sigma (Sciences de la vie) ou  
Pascal Explore (par sections spécialisées)  
ou thema.
- La version micro-fiches : idem
- L'interrogation en ligne (avec code d'accès par numéro utilisateur Transpac et mot de passe)
- L'utilisation du CD ROM Pascal (1 par trimestre)
- L'accès kiosque par le 36.29.

Rappelons que nous nous sommes contentée, pour cet outil bibliographique, à l'interrogation en ligne avec utilisation de booléens et de troncatures, ce qui est plus rapide lorsqu'on en a une pratique régulière. Les coûts sont les mêmes que pour Francis (voir précédemment).

Dans notre cas, nous sommes restée connectée 8,20' pour un résultat décevant.

## I.5.2 - MEDLINE ET INDEX MEDICUS

### I.5.2.1 - MEDLINE

#### I.5.2.1.1. - Interrogation en ligne

La base de données de la National Library of Medicine, est interrogeable en ligne par quatre serveurs différents (Télé systèmes, Data-Star, NLM, Dialog) depuis les années 1970. Elle comprend environ 500.000 références dans les domaines médical et pharmaceutique, issues de 4.000 périodiques (900 de plus que dans la version papier sur laquelle nous reviendrons) essentiellement anglo-saxons.

Après consultation de l'Annotated alphabetic list 1991, indispensable à la bonne conduite d'une recherche automatisée, nous avons sélectionné les termes :

- HIV seropositivity (voir annexe 3a)
- HIV seroprevalence
  
- acquired immunodeficiency syndrome (voir annexe 3b)
- attitude to health (qui inclut l'attitude devant la maladie) (voir annexe 3c)
- attitude to death

health education (voir annexe 3d)  
health promotion (voir annexe 3e)  
program evaluation  
adolescent psychology

Puis, pour vérification, sommes allée voir dans le Tree Structures 1991 dans les sections C20 "diseases-immunologic" et "C2 diseases-viral" pour avoir une idée plus précise de l'environnement de l'expression "acquired immunodeficiency syndrome" et éventuellement repérer d'autres termes pertinents (voir annexe 3f et 3g).

La progression s'établit de la sorte du terme générique aux descripteurs particuliers :

- . Immunologic deficiency syndromes
  - . HTLV infections
  - . HIV infections
    - . Acquired immunodeficiency syndrome
    - . HIV seropositivity

Nous avons décidé de maintenir notre choix initial et de nous limiter au SIDA et à la séroposativité, auxquels nous avons adjoint "HIV seroprevalence", dans la mesure où il s'agit là d'une notion purement épidémiologique.

A partir de là, nous avons établi deux équations de recherches différentes, compte-tenu de nos objectifs de départ :

Les paramètres des éditions figurant en annexe 4 montrent bien l'interactivité de l'être humain et de la machine, une stratégie se formulant, à priori, mais se modulant au fur et à mesure de l'avancée de la recherche, par essais successifs et/ou cumulatifs.

- a) Pour résumer et clarifier, voici la stratégie utilisée pour sortir les 13 premières références choisies :

1- Acquired immunodeficiency syndrome ou HIV seropositivity ou HIV seroprevalence

26.007 réponses

2- 1 et adolescence ("check-tag")

1.906 réponses

3- 2 et (program evaluation ou adolescent psychology ou health ou attitude to health ou attitude to death)	324 réponses
4- 3 et review	14 réponses
5- 4 et (eng /la ou fre /la)	13 réponses

L'explication de cette stratégie tient au fait que l'étape 3 était potentiellement intéressante mais proposait un trop grand nombre de références, d'où une restriction drastique aux seuls articles de synthèse.

Sur les 13 réponses, 3 ont été éliminées après lecture du résumé en anglais. L'une concernait la toxicomanie des adolescents, la deuxième des jeunes drogués noirs ou d'origine hispanique, la troisième des jeunes malades infectés par voie non sexuelle. Les 10 autres figurent dans notre bibliographie (7) (13) (16) (49) (53) (54) (65) (73) (7()) (112).

D'autres manières d'opérer auraient été possibles comme de rajouter systématiquement les qualifi-catifs /PC (prévention and control), /EP (epidemiology), /PS (psychology) ou encore /TR (transmission) à l'étape 2 mais la chute du nombre de documents serait restée vraisemblablement trop faible.

Il aurait été également envisageable de pondérer tous les termes retenus jusqu'à l'étape 3 incluse. C'est souvent après coup et à tête reposée qu'on voit mieux ses oublis ou erreurs. C'est la raison pour laquelle les producteurs de bases de données accordent à leurs clients, le droit à plusieurs essais avant la mise au point d'un profil personnalisé (Diffusion Selective de l'Information).

b) Notre dernière recherche a été identique jusqu'à la fin de l'étape 3 rapportée ci-dessus (324 réponses). A partir de là:

4- 3 et (eng/la ou fre /la)	288 réponses
5- 4 et evaluation? /TX	7 réponses
6- 4 et campaign?/TX	25 réponses
7- 5 ou 6	24 réponses

Ce résultat amène quelques remarques :

- Huit articles comportaient à la fois les mots du texte (titres ou résumés) "campaign?" et "evaluation?" (la troncature pour retrouver un éventuel pluriel), ce qui paraît normal.
- Il n'était pas utile de réutiliser "evaluation" puisque nous avions antérieurement choisi le mot-clé "program evaluation".

Sur les 24 réponses obtenues, 11 ont été inexploitées car s'attachant à des points de vue trop spécifiques (prostituées grecques, Australiens, habitants du Zimbabwe, enfants hémophiles sidéens) et surtout articles comportant le check-tag (=mot clé obligatoire) "adolescence" mais axés surtout sur une population adulte. Presque 50 % de "déchet" peut apparaître comme un pourcentage exorbitant ; cependant, notre expérience nous incite à penser que dans le cas d'une stratégie comme la nôtre, il reste concevable.

En terme de coût ces deux recherches ont duré 21' 07, à raison de 5,35 F TTC la mn de connexion, de 2,40 F la référence en format maximum (incluant le résumé), auxquels il faut ajouter les frais au réseau Transpac. On arrive ainsi au prix net de 216,00 F. Certaines B.U. appliquant le "ticket modérateur" à leurs étudiants utilisant les serveurs français, il convient de déduire 40 %, ce qui ramène les frais à 130,00 F.

#### I.5.2.1.2 - Medline sur CD-ROM

En parallèle et par curiosité scientifique, nous sommes allée consulter Medline sur CD-ROM (serveur Dialog), version disponible depuis 1989.

Sur Dialog, on dispose d'un CD par mois. A la date du 14 février 1991, le dernier arrivé était celui de janvier.

Deux équations de recherche ont été posées :

a) 1 - Acquired immunodeficiency syndrome /prevention

and control or acquired immunodeficiency syndrome /psychology 111 réponses

2 - 1 and adolescence or adolescent or adolescent psychology on adolescents 10 réponses

Après visualisation des titres, 3 références ont attiré notre attention et ont été sélectionnées mais après lecture de la notice intégrale (comprenant un long résumé en anglais), 2 seulement s'avéraient réellement pertinentes. Elles sont notées (20) et (110) dans notre bibliographie.

N.B. - Ces deux références ne sont pas apparues dans le listing de la recherche en ligne du mois de mars alors qu'elles comprennent les mêmes mots-clés...

b) 2 - 1. Attitude to health or attitude to death 91 réponses

2 - 2.1 et (adolescent ou adolescence or adolescent behavior or adolescent psychology 19 réponses

Deux nous ont semblé potentiellement intéressantes puisque se rapportant au SIDA. L'une était déjà connue (20). Pour la seconde, voir (66).

Pour un laboratoire pratiquant peu souvent Medline, la consultation de la version mensuelle sur CD-ROM est, à notre avis, particulièrement adaptée. Inutile de connaître les règles strictes de formulation, pas de stress lié à l'interrogation en ligne, possibilité de travailler tranquillement et de faire des mises à jour régulières de sa bibliographie en cours. Par contre, il est nécessaire de comparer les coûts : dans un cas abonnement aux CD + lecteur de CD + imprimante, dans l'autre micro-ordinateur ou terminal (+ Modem) ou minitel 1B + imprimante + facturation du temps et des références imprimées.

#### I.5.2.1.3 - Medline en accès vidéotex

Depuis 1988, Medline est accessible sans numéro de client, sans facture (hormis celle des Télécom), sans formation préalable sur le 36.29 36.00 (Téléétel 7).

Ce service "haut de gamme" coûtant la bagatelle de 10,75 F TTC la minute de connexion (+ 0,12 par appel), mieux vaut, pour une utilisation raisonnée, choisir, à notre avis, les solutions présentées plus haut. La solution alternative du 36.13 (Téléétel 1) code INSERM par contrat et avec code abonné est déjà presque moitié moins onéreuse, quoiqu'encore assez dissuasive.

#### I.5.2.2 - INDEX MEDICUS (recherche manuelle)

Pour les amoureux du papier ou les usagers de bibliothèque réfractaires à toute dépense autre que celle de leur temps, reste la solution dépouillement des numéros mensuels de l'Index Medicus, reçus dans chaque bibliothèque universitaire de médecine.

Il est absolument indispensable de consulter le MESH avant d'entreprendre la moindre recherche. Ce premier volume de l'année comprend :

- 1) La liste des termes retenus et des termes rejetés (avec renvois vers les termes retenus).
- 2) La structure hiérarchique des mots-clés (du terme générique aux termes spécifiques, section par section).

Il existe deux volumes par mois depuis 1988, un pour les sujets, un pour les auteurs. En mai-juin de l'année suivante, le "Cumulated Index Medicus" est disponible (abonnement différent) ; il propose, en 1989, 16 volumes dont 5 volumes d'auteurs cumulés alphabétiquement et 9 volumes de sujets.

Une fois le bon mot clé repéré, on peut affiner son travail en repérant le ou les qualificatifs les plus adaptés. Dans le cas qui nous intéresse "prevention and control" ou "psychology", par exemple. Les articles sont tous signalés en tête de liste, les suivants dans l'ordre alphabétique de leur

code de langue. Pour les articles en français, voir à "Fre". Aucun résumé ne peut étayer le choix, la référence apparaît dans sa forme minimale. Depuis 1988 un volume spécial consacré aux "medical reviews" recense tous les articles de synthèse notés "review" dans une recherche informatisée.

Les annexes 5 (a, b, c) issues du CIM 1989 illustrent la quantité importante de documents dans laquelle il faudra trier. Mais, et c'est bien là le problème, on y voit apparaître des titres prometteurs d'articles non obtenus par la recherche automatisée. Nous y reviendrons en fin d'exposé.

### I.5.3 - EMBASE - EXCERPTA MEDICA

Publiée par Elsevier Science Publishers à Amsterdam, cette bibliographie est d'autant plus mal connue du public que le prix de son abonnement l'a fait peu à peu disparaître de beaucoup de bibliothèques universitaires dans les années noires. Souvenons-nous du cours du dollar dans la première moitié des années 1980 et des désabonnements impitoyables qu'il a fallu se résigner à opérer dans la douleur.

Contrairement l'Index Medicus, Excerpta Medica ne se limite pas presque exclusivement à des articles cliniques mais fait une part importante à l'expérimental.

Appelé Embase dans sa version en ligne, Excerpta Medica comporte, entre autres sous-produits, environ 40 sections imprimées, un CD général - copie stricte depuis 1980 de la forme papier - et des CD-ROM spécifiques (depuis 1991) rétroactifs depuis 1980 et à mise à jour trimestrielle.

Pour notre part, nous avons travaillé sur "Excerpta Medica library services", le CD-ROM général édité par Silver/Platter, et disponible à Lyon-Santé.

Pour l'anecdote, ce CD n'est vendu à 30.000 F qu'aux clients qui ont au moins 30.000 F d'abonnement papier. Les bons clients, ceux qui ont acquis la totalité des sections sous forme imprimée (120.000 F !), le reçoivent gratuitement.

Par contre, les CD sectoriels peuvent, eux, être achetés indépendamment de tout autre abonnement. Il en existe un qui s'appelle "Immunology and AIDS" ; malheureusement, nous n'avons pu en connaître le coût.

Nous ne serions pas complète en ne précisant pas que l'intérêt d'Excerpta Medica est de recenser 8 % de littérature médicale et pharmaceutique française (alors qu'il y a sur Pascal, 12 % de français, certes, mais tous domaines confondus et que la proportion des titres français de Medline est insignifiante).

Les nouveaux titres sont insérés plus rapidement dans cette base que dans Medline. De plus, 17 % de Medline est constitué d'annuels et de petits périodiques des différents états des U.S.A., alors qu'Excerpta les rejette.

### I.5.3.1 - LE CD ROM EXCERPTA MEDICA

De maniement moins coercitif que le CD Medline, il accepte l'utilisation des booléens "and" "or" et "not". Nous avons travaillé sur le CD-ROM annuel 1990 puis avons répété notre stratégie pour la période 1988/1989.

Voici le détail de ce qui est apparu à l'écran pour 1990 :

<u>n°</u>	<u>records</u>	<u>request</u>
1	2771	acquired
2	4857	immune
3	4284	deficiency
4	7704	syndrome
5	1557	acquired immune deficiency syndrome
6	91757	human
7	2834	immunodeficiency
8	6643	virus*
9	3060	5 or human immunodeficiency virus*
10	5637	adolescen*
11	93	9 and adolescen*
12	4070	prevention
13	22	11 and prevention
14	6488	evaluation
15	0	13 and evaluation
16	19	9 and prevention and evaluation
17	2137	LA = FRENCH
18	124300	LA = ENGLISH
19	19	16 and (LA=FRENCH or LA = ENGLISH)

La machine affichant les réponses terme à terme, cette liste est difficile à lire, pour éclaircir et résumer, nous lui avons donné à postériori une forme plus agréable :

1) acquired immune deficiency syndrome	1557 réponses
2) 1 or human immunodeficiency virus *	3060 réponses
(N.B. l'étoile indique une troncature illimitée vers la droite)	
3) 2 and adolescen*	93 réponses
4) 3 and prevention	22 réponses
5) 4 and evaluation	0 réponse
6) 2 and prevention and evaluation	19 réponses
7) 6 and (LA = FRENCH or LA = ENGLISH)	19 réponses



A la relecture, il apparaît nettement que c'est la notion d'évaluation qui était activement recherchée à ce moment là puisque on a éliminé le point de vue de l'adolescent en cours de route.

Réflexion faite, il aurait mieux valu poser en fin de parcours :

8) (4 ou 2) et (LA = FRENCH ou LA = ENGLISH), ce qui aurait permis d'identifier les références parlant d'évaluation de la prévention du SIDA en général et ceux traitant de la prévention chez les adolescents.

En fait sur les 19 réponses, 6 (47) (90) (91) (110) étaient réellement pertinentes ; parmi elles, 2 avaient déjà été repérées sur Medline (17) (106).

Pour 1988/1989 (même stratégie que précédemment) = 27 réponses dont 7 pertinentes (56) (60) (62) (85) (121) (123). La plupart du "déchet" provient de la forte proportion d'évaluation des tests de dépistage du HIV. Sur les 7, 1 seulement déjà connue grâce à l'interrogation du Medline (18).

Remarquons, en aparté, que par ailleurs cette même référence redonde avec l'une des 7 de 1990, ce qui est à proprement parler anormal : elle a été saisie deux fois sous le même numéro de notice !

Pour 1986/1987, quelques petites variantes ont été introduites :

1) acquired immune deficiency syndrome	1798
2) human immunodeficiency virus*	333
3) AIDS	1861
4) 1 or 2 or 3	2364
5) 4 and adolescen*	19
6) 4 and prevention and evaluation	8
7) 5 or 6	26
8) 7 and (LA = FRENCH or LA = ENGLISH)	26

Sur les 26 références, 6 concernent notre étude ; aucune ne fait allusion à la prévention chez l'adolescent ; quelques références sur les aides ("aids", ambiguïté du terme) qu'on peut apporter à un jeune handicapé malade apparaissent également. Compte tenu de l'ancienneté de ces références, nous n'avons retenu que les 3 plus intéressantes (20) (30) (103).

La même équation reconduite pour 1984/1985 a été totalement infructueuse, ce qui n'est pas étonnant puisque les publications sur le SIDA étaient encore relativement peu nombreuses à cette époque et ne traitaient que des groupes à risque puisque la transmission hétérosexuelle n'était pas encore vraiment connue.

Au terme de cette recherche complémentaire, la consultation d'Excerpta nous a amenée à isoler 15 références utiles et supplémentaires sur la période 1984/1990.

#### I.5.3.2 - Les sections imprimées

Parmi les 45 existantes, 3 ont attiré notre attention :

- \* la section 17 : public health, social medicine and epidemiology
- \* la section 47 : virology
- \* la section 54 : AIDS, qui est née en 1989 (voir annexe 6).

Le document cité en annexe 6 (a), montre le plan de classement de la section 54. Le chapitre 5, "epidemiology, prevention and education" est tout à fait dans la lignée de nos préoccupations et l'annexe 6 (d) montre une page de références du n° 1 du premier volume. La lecture des résumés apporte une aide indiscutable pour sélectionner les documents, d'une part, d'autre part, on trouve dans Excerpta davantage qu'ailleurs, des références émanant de l'Europe du Nord, qui, par tradition, attache une grande attention à la santé publique.

Le prix de l'abonnement de la section 54 était de 739 florins en 1989, pour 10 fascicules mensuels, avec index cumulatif des sujets dans le dernier numéro.

#### I.5.4 - CURRENT CONTENTS . LIFE SCIENCES

Publié par l'Institut for Scientific Information (Philadelphie).

Notre intention était d'essayer de combler les quelques mois de décalage entre la publication d'un article et son entrée dans une base de données.

A cet effet, nous avons établi deux stratégies à priori convenables à partir de la dernière disquette éditée.

- a) 1- aids or Sida or seropo\*
- 2- Youth\* or adolescen\* or young\*
- 3- 1 and 2

- b) 1- aids or Sida or seropo\*  
2- prevent\*  
3- eval\*  
4- 1 and 2 and 3

et avons répété ce profil temporaire de semaine en semaine en remontant jusqu'à février. Le peu d'efficience de cette stratégie nous a conduite à en tester une autre plus large.

- c) 1- aids or sida or seropo\*  
2- prevent\*  
3- 1 and 2

Les quelques références obtenues étaient axées sur la valeur prédictive de tests ou sur la prévention des complications de la maladie. Aucune n'a été conservée.

En fait, les Current Contents, section "life sciences", plus biologique et expérimentale que clinique, il n'est pas vraiment étonnant de ne pas avoir abouti à un résultat intéressant. La section "clinical medicine", non disponible pour nous, aurait peut être été plus performante.

Pour plus d'informations, l'ouvrage de J. Ch. Houpiér (e) établit la liste des bases de données médicales commercialisées.

Signalons en particulier les bases AIDS et AIDSLINE (voir annexe 7), mais aussi, dans le désordre :

- . BIRD
- . Sociological abstracts
- . psychinfo-psychological abstracts
- . SCISCAN
- . EMC-Biblio
- . Medactua
- . Health planning and administration
- . SDILINE

qui aurait également pu être consultées, dans le cadre de notre étude, mais des contraintes de temps, de coûts et d'accès nous y ont fait renoncer.

En conclusion, notre recherche bibliographique n'aura pas fait émerger d'article français qui soit spécifiquement axé sur l'évaluation d'action de prévention du SIDA auprès des jeunes en France. Les littératures suisse et britannique (35) (27) produisent depuis déjà plusieurs années ce type d'articles. Le travail de synthèse qui suit s'appuie donc pour la France essentiellement sur des données concernant l'évaluation des campagnes "tout public" et sur la prévention de la maladie auprès des adolescents, compte tenu de leur

psychologie. Les méthodes d'évaluation appliquées dans des pays économiquement et sociologiquement proches pourront être une base de réflexion judicieuse.

Quant à notre propre expérience, elle nous aura permis d'appréhender plus à fond :

- 1) La difficulté de s'auto-limiter dans ses approches bibliographiques ("l'art des choix")
- 2) Le problème des langages d'indexation
- 3) La nécessité d'une grande rigueur dans la collecte des informations et leur classement
- 4) La pertinence, encore ici avérée, qu'il y a à regarder de près les bibliographies des articles retenus ; elles révèlent parfois des trésors (l'effet "boule de neige")...
- 5) La coexistence de stratégies dites scientifiques et empiriques au décours d'un travail de recueil d'informations.
- 6) La nécessité à un moment donné, d'interrompre momentanément des investigations pour pouvoir commencer à exploiter les documents.

N.B. Notre bibliographie est présentée selon les normes en vigueur, dans les disciplines scientifiques et dans l'ordre alphabétique des auteurs.

Pour l'essentiel, les titres de périodiques anglo-saxons sont abrégés selon la "list of journals indexed in Index Medicus 1991", qui prend valeur de nomenclature internationale.

La "list of journals abstracted" d'Excerpta Medica nous a aidée pour quelques titres non répertoriés dans la liste précédente.

A défaut de pouvoir utiliser une nomenclature officielle d'abréviations pour les titres français n'appartenant pas au domaine médical, ou non identifiés, nous avons préféré, dans quelques cas, conserver le titre dans son intégralité plutôt que de nous risquer à des tronçatures erronées (28) (44) (74) (80) (100) (101) (115) (117).

\* \*

\*

## SYNTHESE

"La rencontre avec l'adolescent pose aux médecins et à la Société toute entière des questions qu'il importe de ne pas esquiver", (82)

L'irruption massive du SIDA, dans les années 1980, a d'abord été perçue comme uniquement circonscrite à des groupes dits "à risques" : homosexuels et toxicomanes par voie intraveineuse essentiellement.

Peu à peu, les preuves scientifiques ont été apportées de la contamination hétérosexuelle (9% des cas aujourd'hui en FRANCE) et c'est en 1985 seulement qu'on a commencé à se préoccuper des jeunes aux U.S.A. d'abord, puis très vite en SUISSE et en BELGIQUE enfin dans toute l'Europe du Nord, sachant que dans ces pays, de culture et de niveau économique comparables, l'âge des premiers rapports sexuels se situe aux environs de 17 ans.

A défaut de vaccin ou de traitement efficaces à court terme, la prévention semble être le seul moyen disponible pour tenter d'enrayer l'extension de cette maladie léthale et la population des jeunes (1) est une des cibles de l'action des pouvoirs publics et des acteurs "de terrain". Il s'agit là, à la fois, d'un devoir moral de préservation de la santé publique et d'une nécessité économique et démographique pour chaque pays.

La prévention du SIDA passe par l'information destinée à modifier les comportements. Or, il n'existe pas, à ce jour, d'étude scientifique sur la sexualité des jeunes français (82), pas plus d'ailleurs que l'étude récente sur celle des adultes (le rapport SIMON date de 1972 !) - A. SPIRA et N. BAJOS de l'INSERM 4292 travaillent néanmoins en ce moment sur un projet de ce type soutenu par l'ARNS (2) (4)

D'où la difficulté de cerner avec précision si les campagnes déjà mises en place ont atteint leur(s) objectif(s) et leur(s) public(s).

(1) Quelle tranche d'âge ?

14-19 ans pour les américains ; pour nous, en corrélation avec des enquêtes relatées dans notre exposé. "jeune" signifiera 10-24 ans (de la pré-puberté à la post-adolescence), comme le suggèrent l'OMS (43)

(2) ANRS

Agence Nationale pour la recherche sur le SIDA - PARIS

C'est pourquoi le rapport GOT (49) place la recherche dans les domaines de la connaissance des comportements des divers groupes exposés comme une priorité et regrette les carences constatées au départ ; il propose la collecte constatées de réalisations venues du monde entier sur la communication en matière de sexualité et d'usage du préservatif.

Il est donc reconnu unanimement nécessaire de mieux appréhender en amont son public-cible pour adapter discours et mesures de prévention. Dans cette optique, nous nous attacherons à replacer d'abord l'adolescence dans son contexte psycho-affectif, sexuel et social pour essayer de comprendre comment elle aborde les questions de sexualité, la vie, la mort, la santé, la maladie...

Dans un 2ème temps, nous essaierons de cerner quelques caractéristiques, qui font des jeunes une population en réel danger face au SIDA.

Dans un 3ème temps, nous nous livrerons à un exercice de compilation de connaissances acquises dans le domaine de la prévention de la maladie appliquée aux jeunes, avec mise en évidence des difficultés rencontrées et des écueils à éviter dans l'avenir.

Enfin, nous tenterons de synthétiser les quelques données disponibles à ce jour sur la notion d'évaluation appliquée à la prévention au SIDA et de la séropositivité, sachant que les seuls documents connus en France ne concernent pas spécifiquement les adolescents (5) (66). D'autres sources venues des U.S.A. ou d'Europe alimenteront heureusement le débat et surtout les références (42) (106) (13) (20) (34) (37) (47) (48) (72) (90) (105) (111).

Pour terminer, nous nous permettrons une démarche prospective pour dépasser le stade, relativement décourageant de "l'état des lieux" et mettre l'accent, sur toutes les pistes de recherches appliquées à explorer ... vite ...

## II - L'ADOLESCENCE

### II.1 - être adolescent(e) aujourd'hui :

"Métamorphose", "passage", "crise", "processus", "mutation", "transformation" biologique et psychosociale"... autant de termes qui définissent tant bien que mal cette phase intermédiaire entre l'enfance et l'âge adulte qu'est l'adolescence (adolescere = croître).

Son début peut se situer temporellement aisément avec les premières manifestations pubertaires mais qu'en est-il de la fin de l'adolescence ? Pour la psychanalyse dite "génétique", elle correspond à "une organisation stable de l'identité, à la fois sur le plan collectif social et sur le plan individuel, éthique" (77) en bref, à une maturité. L'identité peut être définie comme un "sentiment tonique de permanence du moi à travers les lieux et les circonstances" (Erikson)

Quant à la "maturité", elle suppose certes une orientation sexuelle fixée mais aussi, selon la définition de l'OMS <sup>(1)</sup> que le jeune "ait pu intégrer les aspects somatiques, intellectuels, émotionnels et sociaux de la vie sexuelle dans une perspective qui enrichit à la fois la personnalité, la communication et l'amour", (82) (2).

Vaste programme s'il en est avant d'en arriver là, d'autant plus que tous les spécialités en conviennent : l'adolescence commence de plus en plus tôt, et se termine de plus en plus tard dans nos sociétés évoluées et complexes, de telle sorte que, dans les cas extrêmes, elle peut s'étirer sur plus d'années que l'enfance. Cependant, la Conférence de Yaoundé (Octobre 1989) a fait ressortir que les 5 manifestations singulières de l'évolution du corps humain, s'appliquent de la même manière aux pays en voie de développement et peuvent être toutes corrélées à la prévention du SIDA.

L'énoncé sommaire en est, pour P. FRANZKOWIAK

1) "Corps"

*assimilation des transformations physiques qui accompagnent la puberté et acceptation de son nouveau physique*

2) "Sexualité"

*acquisition d'expériences sexuelles et initiation aux rapports intimes*

3) "Rôle social"

*faire face aux attentes de son milieu au niveau du comportement social et de ce que "fait" un garçon ou une fille*

(1) OMS

Organisation Mondiale de la Santé GENEVE

(2) PA MICHAUD souligne que cette définition se garde bien de fixer des normes d'éthique ou de comportement

4) "Comportement face aux risques"

*Savoir résister aux penchants personnels et aux influences sociales pour éviter les dangers qui menacent la santé (...)*

5) "Milieu Social"

*Constitution de relations sociales et d'un cercle d'amis hors du contexte familiale, indépendance progressive à l'égard des parents, choix d'un domicile séparé.*

Ph. JEAMMET, Psychiatre de l'adolescent et du jeune adulte nous fournit, par ailleurs, de nombreux travaux (4) (6) 67) (68) (69) indispensables à la compréhension des phénomènes psycho-affectifs qui débouchent sur ce remaniement complet de la personnalité.

D'autres, comme MARCELLI et BRACONNIER (77) dans le Chapitre I de leur ouvrage (P. 3-36), distinguent 4 modèles de compréhension de l'adolescence dont la connaissance permet d'éclairer quelques zones d'ombre :

- le modèle physiologique
- le modèle sociologique (approches historique, sociale, culturelle)
- le modèle psychanalytique
- le modèle cognitif et éducatif

Le premier modèle, le mieux connu, est de peu d'intérêt pour notre propos, les 3 suivants sont riches d'enseignements, y compris dans leurs contradictions, pour cerner ce qu'est l'adolescence à notre époque et mieux, encore dans les années 1980. On peut même lire p. 11 "le monde traversant des changements permanents, l'adolescence, par sa caractéristique propre d'être une période de changement devient une sorte de modèle social et culturel, tant pour les enfants que pour les adultes"

Cette approche sociologique de type culturel a l'originalité de compléter la notion traditionnelle de "fragilité subjective" de l'adolescent (94) par l'affirmation de son adaptabilité, et de rejoindre ainsi l'opinion de MICHAUD (82) quand il parle des compétences des jeunes, à valoriser de préférence aux défenses dans un entretien clinique.



## II.2 - quelques concepts fondamentaux préalables :

Passons rapidement (trop !) en revue les 6 concepts de base qui nous intéressent plus spécialement : la vie, la mort, la santé, la maladie, l'amour, la sexualité.

### II.2.1 - la vie :

"je n'ai pas demandé à naître" est le leitmotiv des adolescents en crise, et pourtant nous sommes là au coeur de leur préoccupation. Il n'est qu'à constater leur intérêt immense (ce qui ne signifie pas (compréhension et assimilation) pour la biologie de la reproduction.

L'arrivée de la puberté physiologique anticipe de plusieurs années la maturité psycho-affective mais est aussi la marque tangible de la possibilité de procréer, d'où une potentialité de vie extraordinaire.

### II.2.3 - la mort :

Le jeune se sait fragile, donc veut se croire invulnérable (53) (17) de par son incapacité à se projeter dans l'avenir (immaturité des fonctions cognitives), la mort ne peut s'imaginer que comme un défi, le danger le fascine. D'où des attitudes de prises de risques, conscientes et inconscientes par envie de trouver des sensations fortes et inédites.

Les adolescents n'ont pas de prise réelle sur la vie qui leur a été donnée mais ils peuvent maîtriser activement, du moins le croient-ils, leur mort (les suicides, la drogue).

En outre, leur rentrée à venir dans la vie active préfigure le vieillissement propre et la mort de leurs géniteurs, d'où une intense culpabilité d'autant plus que les parents vivent, eux, la "crise du milieu de la vie".

### II.2.4 - la santé :

Si l'idée existe, le concept est peu prégnant jusqu'à l'âge de 12 ans (76) : l'idée "santé" se forge essentiellement par opposition à "maladie".

La formation et les représentations liées à la santé des jeunes enfants et des adolescents ont commencé à préoccuper le CFES (1) en 1985 seulement (appels d'offre auprès de chercheurs sous l'impulsion de l'OMS et du Conseil de l'Europe.

(1) CFES

On ignore donc à peu près tout aujourd'hui de ce que signifie exactement le concept "santé" pour un jeune, à priori peu consommateur de soins et ne s'inscrivant pas dans la linéarité temporelle mais dans un concret immédiat.

#### II.2.5 - la maladie :

. elle est définie selon HEIN (52) essentiellement par les jeunes comme absence de santé et la plupart du temps, appelle le déni quant n'existent pas de signes tangibles (séropositivité par exemple).

Dans le même ordre d'idées, on peut lire (4) que la maladie pour le jeune n'est pas mise en rapport avec le vieillissement mais comme une atteinte ponctuelle à l'intégrité physique et au bon fonctionnement de l'organisme. La représentation de la vie comme trajectoire n'intervient qu'en fin d'adolescence 50 % des adolescents n'ont pas acquis la pensée abstraite. (53).

. le malaise ressenti par l'adolescent par rapport à des transformations physiologiques peut le conduire à ce que JEAMMET appelle "l'auto-sabotage" (4) p. 156 manière active de se réapproprier son corps et dont l'auteur souligne l'entière incompatibilité avec la notion de prévention.

D'où l'intérêt de commencer des actions de promotion de la santé dès l'enfance souligne par de nombreux auteurs, (7) (18) selon le principe, il est plus facile de créer des comportements que de modifier de (mauvaises) habitudes acquises (nous reviendrons sur cette assertion quant nous aborderons le même de l'usage du préservatif).

#### II.2.6 - l'amour :

Avec le "premier amour", l'adolescent fait l'expérience d'une "relation spéculaire narcissique (...) avec surtout l'expérience de la réciprocité des affects" (77), p.26 (par opposition au processus de la bande).

Nous verrons plus loin l'inadéquation qu'il y a à évoquer uniquement l'aspect "sexe" devant des jeunes qui préféreraient souvent apprendre à mieux gérer leur affectivité (24) (101) (116) (120) ou à entendre parler du plaisir (88).

Et c'est ainsi que des déclarations à priori suspectes car teintées de morale religieuse, comme celles de J. MARTIN (78) prennent, dans le contexte du SIDA, une connotation toute nouvelle. L'auteur voudrait que soient remises à la mode des "valeurs" comme la communication du couple, et le défi est pour lui tout autant de retrouver convivialité et dialogue que de trouver le vaccin ou le traitement.

## II.2.7 - la sexualité :

Dans ce domaine, ultra-sensible, il est impossible de forger l'image d'un adolescent-type.

D'abord parce que l'hétérogénéité du groupe est très grande et qu'il est impossible de ne pas prendre en compte les disparités d'âge, d'expériences sociales et affectives... Nous allons essayer, références bibliographique à l'appui, de circonscrire, ou plutôt de tenter de cerner au mieux ce que représente aujourd'hui la sexualité pour un jeune à ne pas confondre avec les pratiques sexuelles).

Si les "psy" définissent la sexualité des adolescents comme incluant une part d'agir, nécessitant une élaboration mentale et mobilisant le corps et son image (77), les jeunes, eux, vivent leur première relation sexuelle (au sens de "coït", car diverses expériences de nature sexuelle construisent le petit d'Homme dès l'utérus maternel à la fois *comme une transgression et comme une accession au plaisir partagé et au corps de l'autre chargées d'une forte signification symbolique voire rituelle* (82) ; Cet aspect "rite initiatique" est également souligné par TORDJAM (120), surtout pour les garçons.

Dans le contexte général des pulsions qu'il faut réussir à maîtriser, marqué par des progressions et des régressions successives, le développement psycho-sexuel de l'adolescent ne se situe pas dans la linéarité.

Par ailleurs, l'idée que la sexualité est souvent utilisée comme moyen de résoudre conflits et déficits de communication revient de façon significative dans les articles français et étrangers (120). Il existe une corrélation, notée partout, entre le bien-être d'un adolescent dans son environnement et son entrée dans la sexualité de couple très schématiquement les adolescents issus de milieux "protégés" retardent sensiblement leur premier rapport comparativement aux jeunes en difficulté ou avec une estime de soi insuffisante.

*"Le garçon part du désir sexuel pour aboutir aux sentiments et aux émotions de l'amour, la jeune fille suit le chemin inverse"*, à partir de ce constat, la comparaison des motivations des un(e)s et des autres affiche de sensibles différences.

La permissivité ambiante et la mixité généralisée ont conduit à des comportements normatifs aussi contraignants pour les jeunes que les interdits de jadis et surtout à une augmentation de leurs angoisses, du fait de leur immaturité et de leur ignorance.

Concluons en rappelant que la curiosité est souvent citée comme la lère motivation au passage à l'acte bien avant le désir et en soulignant que le SIDA a fait passer la sexualité des jeunes de "jardin secret" à "problème de société mis sur la place publique". Différentes enquêtes ont été effectuées par questionnaire sur le vécu des jeunes quant à la récupération morale potentielle du SIDA par les adultes pour régler leur vie sexuelle. Là les résultats divergent entre les adolescents méfiants (120) (88) (les) et ceux qui continuent à compter sur les adultes (parents, éducateurs, agents de santé mais surtout médecins) pour les aider à mieux maîtriser les risques objectifs de cette maladie (101).

## II.3 - LA PREVENTION DU SIDA AUPRES DES JEUNES

### II.3.1 - LE SIDA EN CHIFFRES

Aujourd'hui les adolescents représentent environ 1 % de la population atteinte par le virus du SIDA. Cependant le taux élevé des malades, dans la tranche d'âge 20-29 ans (21 % aux U.S.A. voir (52)), montre à l'évidence, compte tenu des 5 à 7 ans entre la séroconversion et les premiers symptômes objectifs, que la contamination s'est effectuée pendant l'adolescence. Aux U.S.A. où des statistiques ne concernant que les jeunes sont disponibles depuis 1986 seulement, le chiffre double chaque année et 50 % des cas féminins sont d'origine hétérosexuelle. Le SIDA y est devenu la septième cause de mortalité des 15-24 ans. Signalons également au passage que la moitié de la population mondiale est âgée de moins de 25 ans...

Par ailleurs, depuis la libération (1) "sexuelle" des années 1970, la recrudescence des MST (1) frappe surtout les adolescents pour des raisons essentiellement physiologiques et débouche souvent sur des stérilités définitives. Or, les jeunes atteints par les MST sont les candidats potentiels au VIH et il n'est pas incohérent d'extrapoler à partir des données sur les MST pour faire des suppositions quant au taux de séropositivité des adolescents, inconnu totalement au moment où s'écrit ce mémoire (73). Pour K. MEIN (53), c'est précisément parce que peu de jeunes sont aujourd'hui infectés qu'il faut les considérer comme groupe à préserver prioritairement.

D'autre part, le rôle des toxicomanes comme pont de transmission du virus vers les hétérosexuels est souligné de nombreuses fois ; il est donc souvent suggéré que toute action de prévention du SIDA soit reliée à d'autres risques

(1) MST : Maladie Sexuellement Transmissible

(gonorrhées, syphilis, inflammations pelviennes, métrites, hépatite B, infection à papillomavirus, chlamydiae, herpès virus...)?

comme la drogue, les MST... Le mot de la fin reviendra à J. MARTIN quand il parle du SIDA des jeunes comme d'une véritable "bombe à retardement" à désamorcer au plus tôt (78).

### II.3.2 - COMPORTEMENT SEXUEL DES ADOLESCENTS

Le premier rapport sexuel et la première contraception efficace ne sont pas concomittentes. Toutes les études établissent un délai moyen de 12 mois entre les deux événements (15) (73) Quand contraception, il finit par y avoir, aux U.S.A. les préservatifs sont souvent cités dans les enquêtes, de même que le coït interrompu. La pilule est utilisée par 30 % des jeunes américaines seulement (53).

De plus, il semble établi que, dans la majorité des cas, la première expérience se fasse avec un partenaire du même âge (1) (2) dans un contexte qui relèverait plus de la sensorialité que d'une sexualité génitalisée (2), d'où le danger d'assimiler parfois systématiquement premier contact sexuel et pénétration (48). Plus généralement, les jeunes seraient en fait davantage préoccupés de leur normalité physique que du SIDA, par exemple (82).

K. Hein (53), déjà citée plusieurs fois, établit trois cercles concentriques d'adolescents, compte tenu de leur comportement en matière de sexualité et propose pour chacun des trois, des stratégies de prévention adaptées.

Pour TORJMAN (120), les comportements sexuels de l'adolescent constituent un compromis entre deux composantes essentielles de son équation personnelle :

- . l'obéissance ou non vis-à-vis de l'attitude parentale,
- . l'attitude vis-à-vis de la révolution sexuelle (obéir ou non aux nouveaux conformismes de sa génération).

Il établit en parallèle la règle des 3 P (permissivité, pilule, promiscuité).

Une des idées forces reste que les adultes fantasment beaucoup sur la sexualité soit-disant débridée des jeunes. Elle est en fait constituée beaucoup plus souvent de monogamie en série (82) (88) que de réel vagabondage sexuel.

### II.3.3 - LA PREVENTION DU SIDA AUPRES DES ADOLESCENTS

Elle doit se réaliser sous deux angles , prévention primaire, adaptée au développement psycho-affectif et sexuel et prévention secondaire pour les jeunes déjà infectés par le VIH (54).

L'O.M.S. a lancé dans 60 pays des enquêtes , outils méthodologiques de choix en épidémiologie "KABP" (knowledge, attitude, belief, practice) (55) et a, en 1986, organisé une réunion d'experts en marketing social, en communication, en éducation sanitaire, en sciences sociales et en épidémiologie pour élaborer des recommandations internationales.

Dans le même esprit, le Population Information Program de l'Université J. Hopkins, à Baltimore, (75) a établi les règles-types des programmes d'éducation pour modifier les comportements :

- 1) *Identifier les publics particuliers qu'il s'agit de toucher,*
- 2) *Elaborer des messages qui correspondent le mieux à ces publics,*
- 3) *Recourir aux meilleurs médias et aux sources les plus crédibles pour communiquer avec ces publics et*
- 4) *Evaluer et améliorer ces programmes en travaillant en liaison étroite avec les publics visés.*

Ces règles simples rencontrent sur le terrain, nous le verrons, des interprétations différentes et des difficultés de mise en application.

L'article de PERARD (93), insiste sur les trois points lacunaires pour le groupe d'étudiants considérés : le "savoir", le "savoir-faire", le "savoir-être". Nous considérons que cette formule résume parfaitement les trois angles d'attaque, nécessaire à toute campagne efficace. La plupart des enquêtes réalisées tant en Suisse, qu'en Belgique, qu'aux U.S.A.... montrent en général un "savoir" presque convenable mais un "savoir-faire" très en deça, quant au "savoir-être", il est la pierre d'achoppement de tout le système. Or, ce "savoir-être" ne saurait en aucun cas s'acquérir à l'époque précise de l'adolescence.. Il est le résultat d'un processus de développement de l'identité sexuelle positive qui commence à la petite enfance.

#### II.3.3.1 - L'éducation sexuelle : "une nouvelle légitimité" (122).

Instaurée officiellement en France à l'école par des textes datant anciens, il faut reconnaître son échec patent ; la sexualité y est abordée souvent de façon "mécaniste" par le biais de la reproduction animale ou humaine par des enseignants mal à l'aise devant ce rôle qui leur est attribué.

Le Professeur MONTAGNIER l'a déclaré : "l'éducation sexuelle n'est plus une option mais une nécessité. Avec le SIDA, c'est devenu parfois une question de vie ou de mort. Seules les modalités peuvent être discutées".

Ce rôle éducatif pourrait idéalement revenir essentiellement aux parents dont cependant l'avis majoritaire (56 %) est de s'en décharger sur les écoles (77) mais l'enseignant, substitut parental n'est pas toujours perçu comme le meilleur éducateur à la sexualité par les jeunes.

En Suisse, depuis 1969, des "éducateurs en éducation sexuelle", extérieurs à l'école, interviennent sur ce terrain et leur travail au long cours a atténué sensiblement le choc du SIDA (122). En France et ailleurs, des associations, type Planning Familial, ont contribué via la contraception à engager un dialogue permanent avec les jeunes.

Nos lectures font ressortir que les enseignements tirés ici ou là de l'éducation sexuelle, de la lutte contre la toxicomanie, le tabagisme ou de celle contre les MST ou contre les grossesses précoces, participent activement à la mise en place de stratégies d'interventions efficaces sur le terrain de la prévention du SIDA et des MST.

#### II.3.3.2 - La lutte contre le SIDA

Elle est beaucoup plus difficile à mettre en place chez les jeunes qu'auprès de groupes identifiés comme "vulnérables devant le VIH" (homosexuels, toxicomanes), relativement homogènes.

Néanmoins, nous l'avons déjà vu, l'ensemble des adolescents peut aujourd'hui être considéré comme une population "à risques" puisqu'ils ajoutent aux facteurs traditionnels, ceux en corrélation avec leur crise d'identité.

Tous les avis concordent pour une approche multidisciplinaire, multipartenariale et multimédia (7) (53) mais on assiste aujourd'hui à une "bataille linguistique" d'épidémiologistes sur l'intérêt comparatif, en termes de prévention, des notions de groupe(s) à risques (75) (109) et/ou de "pratiques à risques". La première formule apparue la première met l'accent sur des individus clairement identifiés comme exposés compte tenu de la prévalence et de l'incidence de l'infection dans leur groupe, la seconde sur des comportements susceptibles d'accepter le risque de rencontrer le VIH. Pour M. LAGRANGE <sup>(1)</sup>, la France a eu tort d'abandonner la notion de "groupes à risques", avec les guillemets ; elle a ainsi évité de donner un visage tangible à la maladie, au nom de la non-marginalisation des malades...

Essayons néanmoins de lister les recommandations réitératives et non exclusives les unes des autres issues de diverses expériences et enquêtes européennes ou américaines.

(1) Cf communication "Les comportements de précaution des hétérosexuels face au risque du SIDA", 12/10/1990 (non publié).

### II.3.3.2 - COMMENT ?

- . Relayer des campagnes nationales par des actions locales (86)
- . Mettre au point des stratégies collectives et individuelles, complémentaires.
- . Associer systématiquement prévention SIDA et prévention MST ou prévention SIDA et lutte contre la toxicomanie, par exemple (69).
- . Accompagner l'information générale par des informations données en petits groupes (mixte (118) ou non mixte (3)).
- . Travailler sur la durée pour améliorer l'impact et le suivi (101).
- . Eviter les messages complexes, effrayants, répétitifs qui appellent le déni (73).
- . Trouver le "bon moment" (intérêt à ce niveau de la disquette "MST-INFO" qui permet l'autonomie du lycéen ou du programme vidéotex des Suisses (122)).
- . Adopter le bon ton, ni prude, ni provocateur et lutter contre l'usure du discours.
- . Mettre au point des interventions spécifiques qui prennent en compte les résistances (95).
- . Faire approprier leur santé par les jeunes eux-mêmes, les associer à toute mise au point de matériel de présentation (3) et à ses tests (27).
- . Utiliser les atouts de la publicité commerciale (48).
- . Privilégier l'identification à un personnage estimé (73).
- . Rendre concret un risque abstrait (24).
- . Mettre en scène la vie quotidienne dans les spots TV (44).
- . Etre à l'écoute, sans permissivité excessive ni jugements moraux et sans abreuver de conseils.
- . Favoriser la prévention des comportements d'"auto-sabotage".
- . Inciter à l'usage du préservatif, en distribuer gratuitement, refamiliariser l'objet.
- . Faire réfléchir sur le choix du partenaire.
- . Aider les jeunes à développer des schémas sociaux nécessaires pour adopter des attitudes de "saper sex".



#### II.3.3.2.2 - PAR QUI ? (ou avec qui ?)

- . "Adolescents relais", "pairs", "leaders" (24) (44) (73) (101).
- . Médecins (95)
- . "Adultes ressources" (3)
- . malades atteints du SIDA (94)

#### II.3.3.2.3 - QUAND ?

- . Le moment du test de dépistage anonyme du VIH peut être un moment privilégié pour engager le dialogue.
- . En amont, grâce à une éducation sexuelle re.légitimisée car tout apprentissage précède la mise en pratique des connaissances (48).
- . Lors de toute consultation de contraception.
- . Au moment du recensement des jeunes militaires, pendant leur séjour "sous les drapeaux".

#### II.3.3.2.4 - O U ?

- . A l'école ou à l'Université pour les jeunes dans le circuit éducatif (voir les textes éducation nationale de mai 1989 cités dans (101)).
- . Au sein de clubs-santé, par exemple.
- . Dans tous les médias qui touchent les jeunes sortis ou exclus de ce circuit (radio, TV, cinéma, presse).
- . Dans les endroits fréquentés par les jeunes : réunions sportives, clubs, discothèques, bars (27).
- . à l'hôpital (94).
- . Au sein d'associations, de centres de planification.
- . Au sein de groupements de jeunes.
- . Partout où vivent des "marginiaux" (métro, centres commerciaux...).

#### II.3.3.2.5 - POUR QUI ?

- . L'identification de cibles précises améliore l'impact des campagnes, d'où la nécessité de segmenter les publics, selon les principes de base du marketing (53) (94) (95) (27). Donc, essayer d'adopter, par exemple, une méthode typologique (95) qui dépasse de beaucoup l'approche descriptive classique.
- . Tous les jeunes doivent avoir reçu l'information, d'une manière ou d'une autre.

. Cette information doit aller au delà du risque SIDA et replacer ce problème dans le contexte du quotidien de la vie des adolescents.

#### II.3.4 - LE PRESERVATIF

Même si la recommandation de l'usage du condom ne peut à elle seule suffire à enrayer l'épidémie, arrêtons-nous quelques instants sur ce point pour faire une synthèse rapide de nos lectures :

\* Pour B. FOUGEYROLLAS et M. LALANDE (3), p. 187-194 :

- le préservatif doit redevenir un objet réel et non fantasmagique. Il faut le montrer, le toucher, le laisser utiliser à des fins...non prévues !
- En terme de stratégie, ne pas hésiter à énoncer clairement les reproches qui lui sont faits généralement pour arriver à ses avantages.
- Inciter les adultes à "donner l'exemple" 'si, comme au Japon le préservatif avait la faveur de la majorité des adultes, il serait beaucoup moins difficile de le faire admettre aux adolescents).

\* Pour J. DOUBOCETZKY et P. CHIRAC (33), il faut :

- Replacer le condom dans son utilisation anti-conceptionnelle pour éviter l'association systématique avec le SIDA (profiter de la levée récente de l'interdiction, en France, de la publicité pour la contraception).
- Rénover le vocabulaire.

\* Pour Cl. GOET (48) :

- Dire aussi à ces jeunes qu'"il s'agit là de défendre la liberté, la sexualité, par souci de l'autre, par amour".

\* Pour H. SALT, M. BOYLE et J. IVES (109), :

- Insister autant sur le comment l'utiliser que sur les quand ? et avec qui ? (cf les spots de la TV française particulièrement pudibonds et énigmatiques...).
- Adopter une approche systématique en incorporant les modèles contextuels pour comprendre les comportements individuels.

#### II.4 - EVALUATION DES CAMPAGNES DE PREVENTION DU SIDA

##### II.4.1 - LE CONCEPT D'EVALUATION EN SANTE PUBLIQUE : GENERALITES

La rigueur scientifique comme la maîtrise des dépenses de

santé imposent l'évaluation de tout programme d'éducation sanitaire. Cette démarche suppose l'étude de l'efficacité théorique de l'intervention envisagée, dans des conditions expérimentales, et la comparaison avec des effets mesurés de façon normalisée, en référence à un groupe témoin.

Ph. BUFFET et al (37) distinguent une évaluation "stratégique" (avant), une évaluation "opérationnelle" (pendant) et une évaluation "d'impact" (après). Ils définissent successivement l'évaluation comme "démarche liée à un projet" puis comme "vecteur d'une logique institutionnelle", avant de s'interroger sur le rôle novateur ou normalisateur de l'évaluation. Ils mettent en avant la prépondérance en France de l'évaluation quantitative (dénombrément et analyse) par rapport à l'évaluation qualitative (critères, synthèse) et montrent les enjeux en cause. La grille de questionnement donnée en annexe 2 présente un grand intérêt de par sa clarté et sa facilité d'utilisation.

Pour A. LAPORTE (67), un protocole d'évaluation s'établit en général sous deux angles : un protocole idéal ne tenant pas compte des contraintes, suivi d'un protocole définitif, plus réaliste.

Pour terminer, ce sont peut être LEHMANN et al (72) qui en donnent la définition la plus complète dans leur paragraphe "les conditions que l'évaluation doit remplir" en insistant sur le caractère "intimement" lié de l'évaluation et de la planification générale de la lutte contre le SIDA.

En France la Fondation pour l'Evaluation est née en 1985, sous l'égide d'E. PAPIERNICK.

#### II.4.2 - DIFFICULTES METHODOLOGIQUES DANS LE CAS DU SIDA

Parmi les articles que nous avons utilisés, peu, même s'ils font référence à une évaluation, adoptent réellement une démarche évaluative.

La plupart se font l'écho de mesures d'impact après des campagnes ou des actions d'information/prévention grâce à des pré et post-tests ou des questionnaires auto-administrés, par exemple, mais la quasi-totalité reconnaissent le caractère non scientifique de leur approche car plusieurs écueils coexistent :

- \* L'impossibilité, pour raisons éthiques, d'avoir un groupe témoin, tenu à l'écart de toute information.
- \* L'impossibilité de contrôler les variables externes (autres sources d'information que la campagne évaluée).
- \* L'impossibilité d'élaborer des études longitudinales, à cause de la confidentialité des questionnaires.

- \* Le facteur temps, l'urgence
- \* La difficulté d'élaborer de vraies études de faisabilité au niveau de toute une génération, possibles au niveau de groupes plus étroitement ciblés comme toxicomanes ou homosexuels (67).
- \* La difficulté d'établir des indicateurs simples et fiables (cf la diminution des MST chez les homosexuels significative pour le "safer sex").
- \* Le temps de latence long entre séroconversion et SIDA.

#### II.4.3 - EVALUATION DE LA PREVENTION DU SIDA : POPULATION GENERALE OU GROUPES CIBLES AUTRES QUE LES ADOLESCENTS

La France a mis en chantier à partir de 1989, et sous l'impulsion de l'ANRS et de l'AFLS <sup>(1)</sup> un groupe de travail chargé d'engager la réflexion sur l'évaluation des campagnes de prévention. Faute d'une véritable évaluation à la fois quantitative et qualitative, nous disposons donc d'un "inventaire des données disponibles en novembre 1990" (4) qui sera remis à jour annuellement et reproduit l'aspect quantitatif grâce à une vingtaine de sources. Ce document, à l'image de tous ceux que nous avons lus concernant d'autres pays (par exemple l'Australie, voir (125)), met en évidence l'évolution très perceptible du niveau des informations et des attitudes devant la maladie et les malades mais un impact faible sur les comportements, de prévention (bien que les ventes de préservatifs ne cessent de croître) ( ) "l'ensemble des sciences sociales portant sur l'éducation et l'information sanitaire souligne l'absence de lien automatique entre le niveau de connaissances sur la maladie et l'adoption de comportements préventifs (4 -).

Cependant, quelques modèles existants ont été testés de façon convenable et peuvent toujours être utilisés, comme :

- . L'éducation sexuelle aux U.S.A., en Suisse et en Belgique.
- . La prévention des maladies cardio-vasculaires.
- . La lutte contre les grossesses de très jeunes femmes aux U.S.A...

Pour revenir en France, aucune étude ne fait référence spécifiquement au groupe-cible des adolescents, c'est ainsi que nous irons voir ce qui se passe en Ecosse et Suisse, petits pays très investis dans ce défi social et médical et qui sont de véritables laboratoires d'idées.

Depuis 1985, la Suisse a entrepris de mettre en place une évaluation continue et évolutive de sa campagne de prévention "Stop-Sida".

Un rapport est remis tous les six mois et rendu public.

Les Suisses ayant renoncé au choix d'indicateurs continus de prévalence de l'infection à VIH, ont posé quatre indicateurs de résultats précoces :

- 1) *"Connaissances et croyances sur le SIDA.*
- 2) *Attitudes face au SIDA et face à la prévention, facteurs de résistances facilitateurs.*
- 3) *Comportements de risques et comportements de protection (usage de préservatifs, diminution du nombre de partenaires sexuels, non-échange de matériel d'injection),*
- 4) *Chiffres de vente des préservatifs".*

et quatre principes d'évaluation sur les processus des actions et leur mise en oeuvre :

- 1) *"Diffusion des campagnes par les médias choisis,*
- 2) *Relais et multiplicateurs sollicités,*
- 3) *Emergence d'actions convergentes ou divergentes,*
- 4) *Légitimité, crédibilité, clarté, pertinence... des actions et messages ainsi que de leur émetteurs".*

Ils définissent ainsi leur action : "pas une méthode, mais un programme, un modèle et une synthèse.

De ces processus et résultats, le groupe d'évaluation de l'Institut Universitaire de Médecine sociale et préventive de Lausanne a tiré des recommandations à l'intention des promoteurs de campagnes de prévention retenues pour l'essentiel.

Nous ne saurions terminer ce paragraphe sans retenir pour mémoire, la remarque de Buffet sur le danger de dérive normalisatrice qui guette l'évaluation en matière de prévention du SIDA. L'émergence possible d'une idéologie dominante en matière sexuelle nécessite que l'évaluation soit, elle aussi, concernée par toute une réflexion éthique.

#### II.4.4 - EVALUATION DE LA PREVENTION DU SIDA CHEZ LES JEUNES : LES EXEMPLES ECOSSAIS ET SUISSE.

Les seuls articles absolument pertinents que nous ayons trouvé dans une première étape figurent dans notre bibliographie en (27) et (35) puis l'article de LEHMANN (72) nous a secondairement aiguillée vers un article de SCHRODER (I) et MATHEY (MC) paru dans le numéro 7 de Sozial und Praventiv-medizin de 1988, p. 353-358, que nous n'avons pas exploité ( article en langue allemande).

#### IV.4.1. - une évaluation écossaise : (27)

Le Scottish Health Education Group a pris le parti d'associer dans une même campagne en mars - avril 1989 SIDA et toxicomanie traités "dans le contexte des problèmes sociaux et sanitaires, au sens large du terme, auxquels sont confrontés les adolescents" et dont le premier projet a été testé par une unité de recherche publicitaire d'Université et arrêté en concertation avec le Scottish Home and Health Department. Le support choisi a été la presse susceptible de toucher 80 % de la population-cible.

L'évaluation mixte effectuée auprès des 16-25 ans a débouché sur un bilan mitigé dont les points forts sont les suivants :

- \* Un thème + un public visé + un impact visuel améliorent la prise de conscience
- \* distribution du magazine - support préférentiellement dans les écoles mais aussi par tous canaux connus, comme la chaîne John Menzies (disques)
- \* amélioration du circuit de distribution
- \* appui de la campagne écrite par un support télévisuel.

#### IV.4.2. - une évaluation Suisse : (35)

La campagne médiatique et de longue durée "Stop-Sida" débutée en 1987 a été complétée par divers matériels éducatifs destinés à certains groupes-cibles comme celui des jeunes.

13 études d'évaluation concernant 5.500 personnes ont été menées dont 3 au moins sont spécifiques aux 17-30 ans.

Elles adoptent des méthodes d'échantillonnage-cibles et une recherche d'identification de toutes les variantes de sensibilités présentes à l'intérieur du groupe. Des recoupements, des combinaisons de résultats ont été effectués.

Le résultat global corrobore celui constaté chez les adultes d'efficacité significative des campagnes, par effet d'"influences en chaîne" d'une action de grande ampleur.

Les jeunes Suisses ont, semble-t-il, assimilé une "gestion individuelle du risque" et ont sensiblement modifié leurs comportements sur des plans suffisamment différents pour que la nécessité de diversification des messages apparaisse comme évidente. En particulier, il est souligné dans cet article que limiter le discours préventif à l'usage du préservatif est tout à fait insuffisamment inopérant.

Des ajustements et réorientations sont programmés dans le futur, grâce à la dynamique de retour des résultats de l'évaluation aux responsables des campagnes.

## Conclusions

Les épidémiologistes ne semblent plus pouvoir se passer de l'aide de tous les acteurs et chercheurs<sup>et</sup> sciences sociales pour, mettre au point, avec les autorités politiques compétentes, des campagnes de prévention réellement suivies d'effet et qui permettent d'éviter une propagation terrible de la maladie avant qu'elle ne prenne des proportions pandémiques.

Au-delà, la Société toute entière doit finir par se sentir concernée par la protection de ses éléments les plus fragiles, dont ses enfants et ses adolescents, en attendant la mise au point du vaccin et/ou traitement efficaces.

La mobilisation doit passer par la prise en compte des médias les plus "porteurs" pour cette population-cible ; il apparaît qu'en France, télévision et cinéma soient les deux canaux les plus favorables pour atteindre le maximum d'audience.

Les résistances des adultes, l'hypocrisie, la gêne, nécessitent d'être dépassées et une campagne télévisuelle devrait reprendre, de même que des spots avant chaque film projeté en salle. Or, depuis plusieurs mois, les médias restent curieusement muets. L'effet de saturation semble être atteint alors même que le virus continue sourdement ses ravages. Cependant, parallèlement, des créateurs prennent en compte le problème. C'est ainsi qu'on a pu voir récemment un film américain de fiction traitant du SIDA "(un ami de longue date)" et qu'il apparaît en filigrane dans des films, comme "Mes meilleurs copains", "le déclin de l'empire américain", "la fête des pères"....

Le préservatif, lui, apparaît discrètement, trop, dans des longs métrages comme "mauvais sang" de Léos Carax où la jeune fille en "habille" son amoureux. Aux USA, dans les années 1970, R. ALTMAN nous montrait de jeunes garçons en utiliser avec leurs petites amies dans un "Eté 42." Il s'agissait là de contraception.

Quant au groupe Elmer Food Beat, apprécié des jeunes, il mêle à son répertoire des chansons paillardes et la promotion du latex...

Qui sait si ce n'est pas par ces biais pour le moins inattendus que les précautions nécessaires ne finiront pas par être réellement intégrées ?

D'autre part, des initiatives locales, comme celle de Quimper avec ses affiches "Tenue de soirée, à Quimper on sort couvert", élaborées avec les jeunes et la mission locale d'insertion locale (voir Paris-Normandie du 4 Mai 1991) auront sans doute plus d'impact que des campagnes venues "d'en haut" non relayées sur le terrain.

Toutes les pistes méritent, au-delà même d'une démarche réellement évaluative d'emblée, d'être explorées compte tenu de l'enjeu et de l'urgence.

**BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - **ACHESON (E.D.)** - AIDS : a challenge for the public health  
Lancet, 1986, 1, (8482), 662-666
- 2 - Adolescences : miroir des âges de la vie / sous la dir de J. Aïm  
Toulouse : Ecole des parents, Privat, 1988, 196 p.
- 3 - Les Adolescents et leur Santé / sous la dir. du Ministère de la Solidarité, de la Santé, et de la protection sociale  
Vanves : CTNERHI (diff PUF), 1990, 2 vol, 461 p.
- 4 - **AGENCE NATIONALE DE RECHERCHE SUR LE SIDA. Paris (et) AGENCE FRANCAISE DE LUTTE CONTRE LE SIDA - Vanves** - Evaluer la prévention du SIDA en France : un inventaire des données disponibles  
Paris : ANRS ; Vanves : AFLS, 1990, 40 p.
- 5 - AIDS 89-90 : news and views and control on research / ed by Guy de Thé  
Paris : Medsi, Mc Graw Hill, 1989, 294 p.
- 6 - AIDS in children, adolescents and heterosexual adults : an interdisciplinary approach to prevention / ed by SCHINAZI (R.F.), NAHMIAS (A.J.)  
New York; Amsterdam; London : Elsevier, 1988, 443 p.
- 7 - **ALLENSWORTH (D.D.), SYMONS (C.W.)** - A theoretical approach to school-based HIV prevention  
J Sch Health, 1989, 59 (2), 59-65
- 8 - L'Amour préservé : les jeunes et le SIDA / sous la dir de J. MARTIN  
Lausanne : Institut suisse de prophylaxie de l'alcoolisme, 1989, 231 p.
- 9 - **ANATRELLA (T.)** - Possibilités et limites de la prévention in Religion et maladie : le SIDA  
Supplément (le), 1989 (170), 61-71
- 10 - **BELFER (M.L.), KRENER (P.K.), MILLER (F.B.)** - AIDS in children and adolescents  
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1988, 27 (2), 147-151
- 11 - **BELGIQUE. CENTRE D'ETUDE ET DE RECHERCHE POUR LA FAMILLE. Liège.**  
Colloque. 1988 - Les maladies sexuellement transmissibles, le SIDA et l'amour  
Liège : Centre d'étude et de recherche pour la famille, [1988], 71 p.
- 12 - **BELGIQUE. CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE. Bruxelles.** Congrès. 1989 -  
Le Suicide des jeunes et sa prévention  
Bruxelles : Centre de prévention du suicide, 1989, 42 p.
- 13 - **BELL (R.A.) et al.** - Evaluating the outcomes of AIDS education  
AIDS Educ Prev, 1990, 2 (1), 70-83
- 14 - **BONIFAY (M.L.)** - Enquête SIDA auprès d'étudiants marseillais  
Th. : Méd : Aix-Marseille 2 : 1988 ; 102.
- 15 - **BROOKS-GUNN (J.) et al.** - Preventing HIV infection and AIDS in children and adolescents. Behavioral research and intervention strategies  
Am Psychol, 1988, 43 (11), 958-964
- 16 - **BROWN (J.) et al.** - Student's awareness of and attitudes to AIDS  
JA Coll Gen Pract, 1987, 303 (37), 457-458
- 17 - **BROWN (L.K.), FRITZ (G.K.)** - AIDS education in the schools : a literature review as a guide for curriculum planning  
Clin Pediatr, 1988, 27 (7) : 311-316
- 18 - **BROWN (L.K.), FRITZ (G.K.), BARONE (V.J.)** - The Impact of AIDS education on junior and senior high school students. A pilot study  
J Adolesc Health Care, 1989, 10 (5), 386-392
- 19 - Campagne d'information sur le SIDA  
BEH, 1987 (19), 75
- 20 - **CHAMBERLAND (M.E.) et al.** - Acquired immunodeficiency syndrome in New-York City : evaluation of an active surveillance system  
JAMA, 1985, 254 (3), 383-387



- 21 - **CHANDARANA (P.C.) et al.** - The Impact of AIDS education among elementary school students  
Can J Public Health, 1990, 81 (4), 285-289
- 22 - **CLOAREC (M.)** - Médecine préventive  
Paris : Encyclopedia Universalis, 1990 (14), 811-814
- 23 - **COLLINET (C.), BOUTINAUD (A.)** - Une Action de prévention du SIDA en milieu scolaire dans le département du Nord, année scolaire 1988-1989  
[Lille] : DDASS et Union Générale de la Mutualité du Nord, 1989, [n.p.]
- 24 - **CONSOLI (S.G.)** - Les jeunes et l'infection à virus VIH : le vécu du test de dépistage et de ses résultats  
Neuropsychiatr enfance adolesç, 1991, 39 (1), 1-6
- 25 - **DAB (W.)** - Misconceptions about transmission of AIDS and attitudes toward prevention in the french general public  
AIDS, 1989, 3 (7), 433-437
- 26 - **D'AUBIGNY (G.) et al.** - Comportements sexuels et précautions face au SIDA dans la région Rhône-Alpes en 1989  
BEH, 1990 (6), 21-22
- 27 - **DAVIES (J.)** - Evaluation d'une campagne nationale d'éducation sur la toxicomanie et le SIDA s'adressant aux jeunes  
Echanges (OMS), 1990, 1 (1), 7-10
- 28 - **DELREUX (J.M .)** - SIDA , l'onde de choc  
Ecole des Parents (L'), 1987, (8), 47-59
- 29 - **DE VINCENZI (I.) et al.** - Attitudes et opinions des utilisateurs de préservatifs  
BEH, 1990, (44), 187-190
- 30 - **DI CLEMENTE (R.J.), ZORN (J.), TEMOSHOK (L.)** - Adolescents and AIDS : a survey of knowledge, attitudes and beliefs about AIDS in San Francisco  
Am J Public Health, 1986, 76 (12), 1443-1445
- 31 - **DI CLEMENTE (R.J.), BOYER (C.B.), MILLS (S.J.)** - Prevention of AIDS among adolescents : strategies for the development of comprehensive risk-reduction health education programs  
Health Educ Res : theory and practice, 1987, 2 (3), 287-291
- 32 - **DIXON (P.)** - Le SIDA et les jeunes  
Paris : Sarment, 1989
- 33 - **DOUBOVETZKY (J.), CHIRAC (P.)** - Préservatifs : le point en 1990  
Rev Prescrire, 1990, 10 (99), 348-356
- 34 - **DUBOIS-ARBER (F.) et al.** - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse : 2e rapport de synthèse, Lausanne, 1988, IUMSP  
Cah rech Doc IUMSP, 1989, (39), 101-102
- 35 - **DUBOIS-ARBER (F.) et al.** - Evaluation des campagnes de prévention du SIDA en Suisse en 1987  
Rev Epidemiol Santé Publique, 1989, 37 (3), 207-216
- 36 - **DUMAY-FOSSAT (F.)** - Les lycéens et le SIDA : connaissances de la maladie, risques de contamination sexuelle et moyens de prévention envisagés ; une enquête dans l'Académie de Toulouse, mai 1987  
Th : Méd : Toulouse 3 : 1988, 1508
- 37 - **ECOLE NATIONALE DE LA SANTE PUBLIQUE. Rennes. Séminaire interprofessionnel 1990.**  
Rennes - Le concept d'évaluation dans les actions de prévention du SIDA/Ph  
Buffet, A. Di Gravio; C. François et al.  
Rennes : ENSP, 1990, 26 p.

- 38 - **EDELMANN (F.), METTETAL (J.F.)** - Le SIDA et l'infection à VIH : manuel d'information pratique à l'usage du grand public  
Paris : ARCAT-SIDA, 1989, 6e éd, 51 p.
- 39 - **EISER (C.), EISER (J.R.), LANG (J.)** - How adolescents compare AIDS with other diseases : implications for prevention  
J Pediatr Psychol, 1990, 15 (1), 97-103
- 40 - Endocrinologie et gynécologie de l'adolescente / 11e symposium d'endocrinologie pédiatrique, Montpellier, 18 mars 1988  
Rev int pediater, 1988, (184), 5-66
- 41 - **ERNOUF (G.E.)** - Campagne d'information chez les jeunes contre le SIDA  
Chir Dent Fr, 1988, 58 (424), 36-38
- 42 - **EVIAN (C.R.) et al.** - Qualitative evaluation of an AIDS health education poster. A rapid assessment method for health education materials  
S Afr Med J, 1990, 78 (9), 517-520
- 43 - **FERGUSON (B.J.)** - La participation des jeunes aux programmes de l'OMS visant à promouvoir leur santé  
Méd et Hyg, 1990, 48, 3258-3261
- 44 - **FERRON (C.), BOUTONNAT (M.), DESCHAMPS (J.P.)** - Les films sur le SIDA  
Forum mondial de la santé (OMS), 1990, 11 (3), 317-321
- 45 - **FLANDRE (P.), VALLERON (A.J.)** - Impact démographique de la mortalité par SIDA en France en 1990 : le SIDA devant le suicide est proche des accidents de la circulation  
Rev Epidémiol Santé Publique, 1988, 36 (3), 196-201
- 46 - **FLORA (J.A.) et al.** - Reducing the risk of AIDS in adolescents  
Am Psychol, 1988, 43 (11), 965-970
- 47 - **FORST (M.), MOORE (M.), JANG (M.)** - Issues in the evaluation of AIDS education programs  
Eval Health Prof, 1990, 13 (2), 147-167
- 48 - **FREUDENBERG (N.)** - Developing a new agenda for the evaluation of AIDS education  
Health educ research, 1990, 5 (3), 295-298
- 49 - **GOT (Cl.)** - Rapport sur le SIDA  
Paris : Flammarion, 1989, 339 p.
- 50 - **GREIG (R.), RAPHAEL (B.)** - AIDS prevention and adolescents  
Community Health Stud, 1989, 13 (2), 211-219
- 51 - **GROUPEMENT FRANCAIS DE GYNECOLOGIE DE L'ENFANCE ET DE L'ADOLESCENCE. Paris. Journée Nationale. Grenoble, 1988 - [Actes]...**  
Paris : GFGEA, 1989, III-145 p.
- 52 - **HATTON (F.) et al.** - Mortalité par SIDA en France  
Rev Epidémiol Santé Publique, 1986, 34 (2), 134-142
- 53 - **HEIN (K.)** - AIDS in adolescence. Exploring the challenge  
J Adolesc Health Care, 1989, 10 (3 Suppl), 10S-35S
- 54 - **HEIN (K.)** - Lessons from New York City on HIV/AIDS in adolescents  
N Y State J Med, 1990, 90 (3), 143-145
- 55 - **HERZLICH (Cl.), PIERRET (J.)** - SIDA : information et prévention, où en sommes-nous ?  
Bull MGEN, 1991, (135), 14-15
- 56 - **HOPKINGS (D.R.)** - Public Health measures for prevention and control of AIDS  
Public Health Rep, 1987, 102 (5), 463-467

- 57 - **JEAMMET (Ph.)** - Corps et psychopathologie de l'adolescence  
Inf psychiatr, 1984, 60, 8
- 58 - **JEAMMET (Ph.)** - Du familial à l'étranger : territoires et trajets de l'adolescence  
Neuropsychiatr enfance adoles, 1983, 31, 8-9
- 59 - **JEAMMET (Ph.)** - Peut-on parler d'une spécificité de la psychologie de l'adolescence ?  
Inf psychiatr, 1981, 57, 2
- 60 - **JUDSON (F.N.)** - What do we really know about AIDS control ?  
Am J Public Health, 1989, 79 (7), 878-882
- 61 - **KERNBAUM (S.), CAVAILLE-COLL (M.), KLATZMANN (J.C.)** - Syndrome d'immuno-déficit acquis (SIDA)  
Encycl Méd Chir (Paris, France), Maladies infectieuses, 8002 B 10, 6-1985, 14 p.
- 62 - **KIZER (K.W.) et al.** - HIV disease prevention and treatment. A model for local planning  
West J Med, 1988, 149 (4), 481-485
- 63 - **KJOLLER (S.), HANSEN (B.), SEGEST (E.)** - Free condoms in the schools of Copenhagen, Denmark  
J Sch Health, 1989, 59 (2), 66-68
- 64 - **KOLBE (L.J.) et al.** - Education SIDA  
Hygie, 1988, 7 (3), 3-41
- 65 - **KOOPMAN (C.) et al.** - Assessment of knowledge of AIDS and beliefs about AIDS prevention among adolescents  
AIDS Educ Prev, 1990, 2 (1), 58-69
- 66 - **KRAFT (J.W.), BOSTIC (J.Q.), TALLENT (M.K.)** - West Texas teenagers and AIDS : a survey of their knowledge, attitudes, behavioral changes, and information sources  
Tex Med, 1990, 86 (9), 74-78
- 67 - **LAPORTE (A.)** - Evaluation d'un programme de prévention du SIDA pour la population homosexuelle : étude de faisabilité  
Mém : Santé publique : Rennes : ENSP : 1986
- 68 - **LARROSE (B.)** - SIDA : limites d'une prévention  
Etudes, 1990, 372 (1), 43-52
- 69 - **LAUMON (B.) et al.** - Jeunes et sexualité : une enquête dans deux lycées lyonnais  
BEH, 1989, (17), 70-71
- 70 - **LAUMON (B.) et al.** - Résultats d'une enquête sur le préservatif réalisée dans 4 Lycées de la région lyonnaise en février 1988  
BEH, 1988, (22), 86-87
- 71 - **LECORPS (Ph.)** - Prévenir le SIDA  
Paris : Ecole Nationale de la Santé Publique, 1988, 62 p. - (Pédagogie)
- 72 - **LEHMANN (P.) et al.** - Evaluation continue de l'ensemble de la campagne de lutte contre le SIDA en Suisse  
Soz Praventivmed, 1988, 33 (7), 348-352
- 73 - **LESLIE-HARWIT (M.), MEHEUS (A.)** - Sexually transmitted disease in young people : the importance of health education  
Sex Transm Dis, 1989, 16 (1), 15-20
- 74 - **LEVY (J.J.) et al.** - Perception des objectifs de cours sur le SIDA à l'école secondaire : résultats d'un sondage auprès de Montréalais francophones  
Apprentissage et socialisation, 1988, 2 (3) 163-166

- 75 - **LISKIN (L.), BLACKBURN (R.), MAIER (J.H.)** - AIDS - a public health crisis  
Popul Rep [L] 1986, (6) : L 193-228
- 76 - **LONCHAMBON (P.)** - Santé : quel concept et quelle représentation chez l'enfant ?  
Psychol méd, 1990, 22 (1), 57-65
- 77 - **MARCELLI (D.), BRACONNIER (A.)** - Psychopathologie de l'adolescent  
Paris; New-York; Barcelone : Masson, 1988, 2e éd., 487 p.
- 78 - **MARTIN (J.)** - Le Sida, les jeunes, les valeurs -  
Rev Med Suisse Romande, 1989, 109 (4), 315-318
- 79 - **MASON (J.O.), NOBLE (G.R.), LINDSEY (B.K.) et al.** - Current CDC efforts to prevent and control human immunodeficiency virus infection and AIDS in the United States through information and education  
Public Health Rep, 1988, 103 (3), 255-260
- 80 - **MESTRE (Th.)** - Santé : la prévention à l'école : une équipe contre le SIDA  
Profession éducation, 1991, (1), 12.
- 81 - **MICHAUD (P.A.), HAUSSER (D.)** - Attitudes et comportements sexuels des jeunes vandois : une comparaison entre apprentis et gymnasiens  
Med et Hyg, 1990, 48, 3244-3250
- 82 - **MICHAUD (P.A.)** - Maturation psycho-affective de la sexualité In : Symposium d'endocrinologie pédiatrique, 10.1987. Montpellier, 41-55  
(Paris) : Duphar, 1987, 72 p.
- 83 - **MICHAUD (P.A.), STUTZ (T.), SAMUEL (M.)** - La Prévention du SIDA auprès des jeunes  
Soz Praventivmed, 1988, 33 (7), 319-325
- 84 - **MOATTI (J.P.), DAB (W.), POLLAK (M.) et al.** - Les Attitudes et comportements des Français face au SIDA  
Recherche (la), 1990, (223, Suppl), 888-895
- 85 - **MOATTI (J.P.) et al.** - Social perception of AIDS in the general public : A French study  
Health Policy, 1988, 9 (1), 1-8
- 86 - **MODOLO (I.), GUTBRAUT (P.)** - SIDA et adolescence. Aspects psychologiques et stratégies de prévention  
J Méd Lyon, 1988, 69, (1435), 64-66
- 87 - **MONTAGNIER (L.)** - SIDA  
Paris : Encyclopedia Universalis, 1990 (20), 1034-1035
- 88 - **NAUDIN (O.)** - Adolescence : la santé au quotidien  
Paris : Ed. Univ, 1989, 158 p. - (Adolescence)
- 89 - **NEUBAUER (B.J.)** - Risk-taking, responsibility for health, and attitude toward avoiding AIDS  
Psychol Rep, 1989, 64 (3 Pt 2), 1255-1260
- 90 - **NYAMATHI (A.), FLASKERUD (J.H.)** - Effectiveness of an AIDS education program on knowledge, attitudes, and practices of state employees  
AAOHN J, 1989, 37 (10), 397-403
- 91 - **O'BRIEN (B.J.)** - AIDS and subjective risk assessment : a critical review  
Health Policy, 13/3 (213-224), 1989, 13 (3), 213-224
- 92 - **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE - Genève** - Prévention de la transmission sexuelle du virus de l'immunodéficience humaine  
Genève : OMS, 1990, 28 p.
- 93 - **OSBORN (J.E.)** - AIDS prevention : issues and strategies  
AIDS, 1988, 2 (suppl 1), S229-223

- 94 - **PERARD (D.) et al.** - Les jeunes et le SIDA : quelle prévention ?  
Neuropsychiatr enfance adolesc, 1989, 37 (5-6), 197-222
- 95 - **PERARD (D.) et al.** - Les jeunes et le SIDA : quelle prévention ? : typologie  
Neuropsychiatr enfance adolesc. 1991, 39 (1), 7-24
- 96 - **PIETTE (D.), BANTUELLE (M.)** - La prévention du SIDA à l'école secondaire. Adap-  
tation du processus d'éducation par les pairs  
Arch Belg, 1989, 47 (1-4), 146-148
- 97 - **PIETTE (D.) et al.** - Le SIDA et l'éducation par les pairs à l'école secondaire.  
Une expérience en communauté française de Belgique  
Hygie, 1989, 8 (3), 9-14
- 98 - **POLLAK (M.)** - La diffusion différentielle de l'épidémie du SIDA. Une approche  
sociologique  
Cah Sociol Démogr Méd, 1988, 28 (3), 243-262
- 99 - **POLLAK (M.), PELE (G.), CHARFE (Y.) et al.** - Evaluation d'un dépliant safer sex  
(début 1990)  
BEH, 1990, (50), 215-216
- 100 - **POLLAK (M.), DAB (W.), MOATTI (J.P.)** - Systèmes de réactions au SIDA et action  
préventive  
Sciences sociales et santé, 1989, 7 (14), 11-140
- 101 - Prévenir vaut mieux que guérir in enquête "La Santé, ça va ?"  
Le Monde de l'Education, 1991, (avril), 29-30
- 102 - **REID (D.A.)** - Knowledge of schoolchildren about the AIDS  
J R Coll Gen Pract, 1988, 38 (316), 509-510
- 103 - Reproductive health during adolescence : AIDS/STD and contraception  
Adv Contracept Deliv Syst, 1987, 3 (1), 1-26
- 104 - **RICHIE (N.D.) et al.** - Using peer educators for a classroom - based AIDS program  
J Am Coll Health, 1990, 99 (2), 96-99
- 105 - **ROSS (M.W.) et al.** - The effect of a national campaign on attitudes toward AIDS  
AIDS Care, 1990, 4 (2), 339-346
- 106 - **RUDER (A.M.) et al.** - AIDS education : evaluation of school and worksite based  
presentations  
N Y State J Med, 1990, 90 (3), 129-133
- 107 - **SAINT-SIMON (L.)** - Nouveau dossier - guide du SIDA : pour les adolescents, les  
parents et les enseignants  
Paris : Mars, 1989, 344 p.
- 108 - **SALIOU (P.), DUPUIS (C.)** - Epidémiologie  
Paris : Encyclopedia Universalis, 1990 (8), 553-554
- 109 - **SALT (H.), BOYLE (M.), IVES (J.)** - HIV prevention : current health promoting  
behaviour models for understanding psychosocial determinants of condom use  
AIDS care, 1990, 2 (1), 69-75
- 110 - **SCOTT (F.) et al.** - AIDS seminars for senior grades in secondary schools  
Can J Public Health, 1990, 81 (4), 290-294
- 111 - **SHERR (L.) et al.** - Evaluation of the effectiveness of AIDS training and information  
courses  
S Afr Med J, 1989, 76 (7), 358-362
- 112 - **ST.LAWRENCE (J.S.), KELLY (J.A.)** - AIDS prevention : community and behavioral  
interventions  
Prog Behav Modif, 1989, 24, 11-59

- 113 - **SERRAND (C.), MOATTI (J.P.)** - Les Sciences sociales face au SIDA : entre silence et trop parler  
Cah Social Demogr med, 1989, (3), 231-262
- 114 - SIDA : le défi social  
Actions et Recherches Sociales, 1989, (3-4), 5-184
- 115 - SIDA : prévention et lutte : exposés et articles de personnalités invitées au sommet mondial des Ministres de la Santé sur les programmes de prévention du SIDA/OMS  
Genève : OMS; Oxford : Pergamon Press, 1989, 190 p.
- 116 - **SOULLARD (C.)** - Les Jeunes au temps du SIDA : un tiers importun dans le couple  
Le Monde de l'éducation, 1991, (mars), 62-65
- 117 - Surveillance du SIDA en France : situation au 31 décembre 1990  
BEH, 1991, (7), 25-28
- 118 - **THIEFFRY (P.)** - La Prévention du SIDA et des maladies sexuellement transmises vue par un médecin IMS  
Séminaires de Médecine Scolaire, 1987, (120-121), 27-39
- 119 - **THOMAS (J.)** - Préservatif, mode d'emploi : informations, anecdotes, expériences et confidences  
Paris : marabout, 1989 - (Marabout Service, 1614)
- 120 - **TORDJMAN (G.)** - Problématiques affectives et sexuelles de l'adolescent  
Contracep Fertil Sex, 1987, 15 (2), 179-185
- 121 - **VAN-DAM (C.J.)** - AIDS : is health education the answer ?  
Health Policy Plann ,1989, 4 (2), 141-147
- 122 - **WEBER-JOBE (W.) et DE VARGAS-ROCHAT (D.)** - Les Adolescents face au SIDA : une nouvelle légitimité pour l'éducation sexuelle ?  
Méd et Hyg, 1990, 48 (1862), 3254-3257
- 123 - **WOODALL (J.P.)** - Introduction : Epidemiological approaches to health planning, management evaluation  
World Health Stat Q , 1988, 41 (1), 2-10

#### Autres ouvrages consultés

- 1 - **ARCHIMBAUD (J.)** - Bibliographie et recherche documentaire en médecine et pharmacie  
Rueil-Malmaison : Sandoz, 1970-1972, 2 vol, 917 p.
- 2 - **BEAUD (M.)** - L'Art de la thèse [...]  
Paris : la Découverte, 1986, 156 p.
- 3 - **BESANCON (D.)** - Votre première publication [...]  
Paris : Expansion scientifique française, 1984, 3e éd, 168 p.
- 4 - **CAMUS (B.)** - Rapports de stage et mémoires  
Paris : éd. organisation, 1989, 77 p. - (Method Sup)
- 5 - **HOUPIER (J.C.)** - Répertoire des bases de données médicales : accès Minitel et terminal informatique  
Nancy : Mediscript, 1991, 126 p.
- 6 - **ROUYERAN (J.Cl.)** - Mémoires et thèses : l'art et les méthodes [...]  
Paris : Maisonneuve Larose, 1989, 197 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Direction de la recherche  
et des études doctorales

INVENTAIRE DES THÈSES  
DE DOCTORAT

soutenues devant les

UNIVERSITÉS FRANÇAISES

— 1988 —

MÉDECINE, PHARMACIE,  
CHIRURGIE DENTAIRE,  
ODONTOLOGIE

(Notices)

Bibliothèque interuniversitaire  
de Clermont-Ferrand  
Section médecine-pharmacie-  
odontologie

Direction de la recherche  
et des études doctorales

1990

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION NATIONALE,  
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS

Direction de la recherche  
et des études doctorales

INVENTAIRE DES THÈSES  
DE DOCTORAT

soutenues devant les

UNIVERSITÉS FRANÇAISES

— 1988 —

MÉDECINE, PHARMACIE,  
CHIRURGIE DENTAIRE,  
ODONTOLOGIE

(Index)

Bibliothèque interuniversitaire  
de Clermont-Ferrand  
Section médecine-pharmacie-  
odontologie

Direction de la recherche  
et des études doctorales

1990

ANNEXE 1

# RAMIS

**LA SANTE PUBLIQUE POUR TOUS  
CEUX QU'ELLE CONCERNE...,**

**Professionnels de santé , responsables de  
l'administration , simples particuliers ,  
différents partenaires qui jouez un rôle en  
santé publique,**

*à votre disposition*

**5000 références documentaires**

**un annuaire de producteurs et détenteurs  
d'informations en santé publique**

*bientôt*

**une messagerie électronique**

**une extension internationale avec un  
réseau documentaire européen  
en Education pour la Santé**

*en projet*

**une collaboration avec le Bureau régional  
de l'OMS EURO**

## LE RESEAU informatisé RAMIS

**compte 15 équipes**

**qui disposent de centres de  
documentation reliés au serveur**

**SUNIST,**

**15 équipes qui acquièrent,**

**produisent les documents**

**et les diffusent**

**(en prêt, en consultation sur place ou  
adressés sur demande)**

**Pour tout renseignement , s'adresser à :**

- **Coordination du réseau RAMIS**  
CHU Saint Antoine  
27 , rue de Chaligny  
75012 PARIS  
TEL : 43 45 10 49 OU 43 07 50 12

*M<sup>me</sup> BAUDRY -*

# RAMIS

## MEMOIRE DE LA SANTE

**BASE DOCUMENTAIRE  
SUR LA SANTE PUBLIQUE,  
L' EDUCATION POUR LA SANTE,  
LA PROMOTION DE LA SANTE**

**SUR VOTRE MINITEL 1B ou  
SUR VOTRE TERMINAL  
choisissez RAMIS**

**UNE PRODUCTION DE 15 CENTRES  
DE DOCUMENTATION REGROUPES  
EN UN RESEAU INFORMATISE**

**Serveur : SUNIST**

ANNEXE 2



## COMMENT INTERROGER LA BASE ?

Il faut d'abord se faire connaître comme utilisateur de "RAMIS - Mémoire de la Santé" auprès du Serveur

SUNIST ou SUNIST - Agence de Paris  
64, rue du Creuzat 5, rue A. Vacquerie  
Parc d'Affaires Saint-Hubert 75116 PARIS  
B.P. 112 TEL : 47 20 85 58  
38081 L'ISLE D'ABEAU Cédex  
TEL : 74 27 28 10

Celui-ci vous attribue une clé d'accès ("login") et un mot de passe

## L'EQUIPEMENT NECESSAIRE :

- **UN MINITEL 1B** (commutable 40/80 colonnes, réseau TELETEL), distribué gratuitement par les PTT ou

- **UN TERMINAL** et **UN MODEM** (réseau TRANSPAC) ou

- **UN MICRO-ORDINATEUR** et **UN MODEM** (réseau TRANSPAC) ou

- Vous pouvez également passer par un centre de documentation participant au réseau

## LA CONNEXION

- Composez le **36 00** (travail en 1200 bauds) ou le **36 01** (travail en 300 bauds) et au sifflement de la porteuse actionner les touches adéquates pour établir la liaison avec le serveur SUNIST

- le message TRANSPAC apparaît

- Composez alors le numéro du SUNIST **138001731** sur votre clavier

- La mire SUNIST apparaît

- Entrez alors votre **clé d'accès** et votre **mot de passe**

- La liste des bases s'affiche

- Choisissez **RAM**

L'interrogation est entièrement guidée et ne pose aucune difficulté pour les personnes les moins initiées.

## EXEMPLE D'INTERROGATION

<p style="text-align: center;"><b>RAMIS</b> Memoire de la Sante Reseau pour l'amelioration de l'information sante</p> <p><b>1- Vous connaissez TEXTO</b> <b>2- Recherche par mots-cles</b> <b>3- Recherche par autres criteres</b> <b>4- Consulter le thesaurus</b> <b>6- Guide</b> <b>7- Quitter</b> votre choix : --&gt; . 2</p>
<p style="text-align: center;"><b>RECHERCHE PAR MOTS-CLES</b></p> <p>Vous voulez <b>1 . constituer une équation de recherche</b> <b>2 . Interroger un mot-cle avec le thesaurus</b> A tout moment vous pouvez taper FIN --&gt; . 1</p>
<p>Vous voulez <b>1. poser tout de suite votre equation de recherche</b> <b>2. acceder a un guide (syntaxe des equations de recherche)</b> <b>3. afficher la liste des mots-cles</b> <b>4. faire une nouvelle interrogation</b> --&gt; . 1 Votre équation de recherche : . PREVENTION ET ENFANT 39 reponse(s) pour PREVENTION ET ENFANT</p> <p>Taper : e pour afficher les titres des notices (etc...) --&gt; . e 39 reponse(s) pour PREVENTION ET ENFANT</p>
<p>Exemple d'une <b>EDITION COMPLETE</b> :</p> <p><b>ARTICLE</b> <b>Reference</b> : 750100000089 CANTINEAU (A.), JARRIER (I.), VERGER (C), et al Les intoxications chez l'enfant - proposition de prévention LE CONCOURS MEDICAL 1985/04/06 <b>Vol.</b> 107 <b>Fasc</b> : 14 <b>pp.</b> 1363-1369 <b>Pays d'edition</b> : FRA <b>Langue</b> : FRE <b>Lieux d'acces au document</b> : 755710001 <b>Mots-cles matieres</b> : ENFANT, INTOXICATION, PREVENTION</p>

# RAMIS

## QUELQUES CARACTERISTIQUES TECHNIQUES

Produits en ligne accessibles par Transpac

- Base documentaire comportant environ 5000 enregistrements avec résumés

- Accroissement annuel 5000 à 8000 références

- Domaine à caractère multidisciplinaire

- Base d'adresses : producteurs et détenteurs d'informations en Santé Publique

## BIENTOT SUR LE MINITEL 36 15 :

- La base d'adresses, ainsi que la messagerie électronique

Dans cette version une possibilité est offerte à l'utilisateur de réaliser directement les mises à jour le concernant : changement d'adresse, insertion d'un organisme nouveau etc ...

## SYSTEME DE GESTION INFORMATISE :

- Gestion des données : progiciel Texto (Chemdata, Lyon)

- Programmes d'interrogation guidés et gestion du Thésaurus développés en Logotel

- Les fichiers de la base documentaire sont interfacés avec la base Reshus (CDSH - CNRS) et le standard international ISO

ANNEXE 2 (continu)

### HIV-ASSOCIATED NEPHROPATHY see AIDS-ASSOCIATED NEPHROPATHY

C2.782.815.483.440.50  
C12.777.419.50

### HIV DEMENTIA see AIDS DEMENTIA COMPLEX

C2.782.815.483.440.70  
C2.800.801.70  
C10.228.228.57  
F3.709.680.610.392.100

### HIV ENCEPHALOPATHY see AIDS DEMENTIA COMPLEX

C2.782.815.483.440.70  
C2.800.801.70  
C10.228.228.57  
F3.709.680.610.392.100

### HIV ENHANCER

G5.275.470.790.330.400  
G5.331.599.110.708.300.400  
G6.184.599.110.708.300.400  
only /drug eff /genet /immunol /physiol /rad eff

91  
see related  
NF-KAPPA B  
X HIV NF-KAPPA B-BINDING SITE  
X NF-KAPPA B-BINDING SITE, HIV

### HIV ENVELOPE PROTEIN GP41

D12.776.964.970.325.330  
D12.776.964.970.880.325.330  
D12.776.964.970.880.910.330  
D24.611.216.327.570.470.330

IM; coord with HIV-1 (IM); /drug eff /ultrastruct permitted; do not use /analog; DF: GP41

90  
X ENV PROTEIN GP41, HIV  
X ENVELOPE PROTEIN GP41, HIV  
X GP41(HIV)  
X HIV TRANSMEMBRANE PROTEIN GP41  
X HIV-1 ENVELOPE PROTEIN GP41  
X HTLV-III GP41

### HIV ENVELOPE PROTEIN GP120

D12.776.964.970.325.350  
D12.776.964.970.880.325.350  
D24.611.216.327.570.470.350

IM; coord with HIV-1 (IM); /drug eff /ultrastruct permitted; do not use /analog; DF: GP120

90  
see related  
PEPTIDE T  
X ENV PROTEIN GP120, HIV  
X ENVELOPE GLYCOPROTEIN GP120, HIV  
X GP120(HIV)  
X HIV-1 ENVELOPE PROTEIN GP120  
X HTLV-III GP120  
XR ANTIGENS, CD4  
XR RECEPTORS, HIV

### HIV INFECTIONS

C2.782.815.483.440+  
C20.673.483.440+

GEN or unspecified; coord IM with HIV-1 (IM) or HIV-2 (IM); note specific indentations under HIV INFECTIONS; DF: HIV INFECT  
90, T-LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE III INFECTION, HUMAN was HUMAN T-LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE III INFECTION see ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME 1989; HIV INFECTION was see ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME 1988-89; HTLV-III INFECTION & HTLV-III-LAV INFECTION were see ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME 1987-89  
use ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME to search HUMAN T-LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE III INFECTION 1989; HIV INFECTION 1987-89  
X HTLV-III INFECTIONS  
X HTLV-III-LAV INFECTIONS  
X T-LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE III INFECTIONS, HUMAN

### HIV LONG TERMINAL REPEAT

G5.331.599.110.708.300+  
G6.184.599.110.708.300+

only /drug eff /genet /immunol /physiol /rad eff; DF: HIV LTR  
91  
see related  
GENE PRODUCTS, NEF  
GENE PRODUCTS, TAT  
TRANSCRIPTION FACTOR, SP1  
X HIV NEGATIVE REGULATORY ELEMENT  
X HIV SPI-BINDING SITE  
X HIV TRANS-ACTING RESPONSIVE REGION  
X HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS LONG TERMINAL REPEAT  
X LONG TERMINAL REPEAT, HIV  
X NEGATIVE REGULATORY ELEMENT, HIV  
X SPI-BINDING SITE, HIV  
X TRANS-ACTING RESPONSIVE REGION, HIV

### HIV NEGATIVE REGULATORY ELEMENT see HIV LONG TERMINAL REPEAT

G5.331.599.110.708.300+  
G6.184.599.110.708.300+

### HIV NF-KAPPA B-BINDING SITE see HIV ENHANCER

G1.275.470.790.330.400  
G5.331.599.110.708.300.400  
G6.184.599.110.708.300.400

### HIV 3'-ORF GENES see GENES, NEF

G5.275.470.413  
G5.275.605.600

### HIV 3'-ORF PROTEIN see GENE PRODUCTS, NEF

D12.776.260.900.365  
D12.776.964.950.365

### HIV PEPTIDE T see PEPTIDE T

D12.644.456.729

### HIV PROTEASE

D8.586.277.656.732.66.340  
D12.776.964.970.850.375.340  
do not use /analog  
D12.776.964.970.375.340

91  
X HIV PROTEINASE  
X HIV-1 PROTEASE  
X HTLV-III PROTEASE

### HIV PROTEINASE see HIV PROTEASE

D8.586.277.656.732.66.340  
D12.776.964.970.850.375.340

### HIV RAP GENE PRODUCT see GENE PRODUCTS, RAP

D12.776.964.950.800.375

### HIV RECEPTORS see RECEPTORS, HIV

D12.776.543.955.350+  
G6.184.154.955.350+

### HIV REV GENE PRODUCT see GENE PRODUCTS, REV

D12.776.964.950.800.385

### HIV REV RESPONSIVE ELEMENT see GENES, ENV

G5.275.526.850.200  
G5.275.605.200

### HIV SEROCONVERSION see HIV SEROPOSITIVITY

C2.782.815.483.440.500  
C20.673.483.440.500

### HIV SERODIAGNOSIS see AIDS SERODIAGNOSIS

E1.223.495.826.75

### HIV SERONEGATIVITY see HIV SEROPOSITIVITY

C2.782.815.483.440.500  
C2.782.815.616.400.500  
C20.673.483.440.500

### HIV SEROPOSITIVITY

C2.782.815.483.440.500  
C2.782.815.616.400.500  
C20.673.483.440.500

note category; for HIV-positive or HIV-negative persons; do not use ind /diet ther /embryol /etiol /prev /radiorat /surv; /diag /imm-act permitted but use caution; do not confuse with HIV SEROPREVALENCE an epidemiol concept; DF: HIV SEROPOS

88  
see related  
X HIV SEROPREVALENCE  
X AIDS SEROCONVERSION  
X AIDS SEROPOSITIVITY  
X ANTI-HIV POSITIVE  
X HIV ANTIBODY POSITIVE  
X HIV SEROCONVERSION  
X HIV SERONEGATIVITY  
X HTLV-III SEROCONVERSION  
X HTLV-III SERONEGATIVITY  
X HTLV-III SEROPOSITIVITY  
XR ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME

### HIV SEROPREVALENCE

E5.318.760.500.875.250  
G3.850.520.835.500.875.250  
IM; an epidemiol concept; do not confuse with HIV SEROPOSITIVITY  
diag finding; only /trends; specify geog if pertinent  
90

XR ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME  
XR AIDS SERODIAGNOSIS  
XR HIV SEROPOSITIVITY

### HIV SPI-BINDING SITE see HIV LONG TERMINAL REPEAT

G5.331.599.110.708.300+  
G6.184.599.110.708.300+

### HIV TAT PROTEIN see GENE PRODUCTS, TAT

D12.776.964.950.800.400

### HIV TRANS-ACTING RESPONSIVE REGION see HIV LONG TERMINAL REPEAT

G5.331.599.110.708.300+  
G6.184.599.110.708.300+

### HIV TRANSCACTING TRANSCRIPTION PROTEIN see OENE PRODUCTS, TAT

D12.776.964.950.800.400

### HIV TRANSMEMBRANE PROTEIN GP41 see HIV ENVELOPE PROTEIN GP41

D12.776.964.970.325.330  
D12.776.964.970.880.325.330  
D24.611.216.327.570.470.330

### HIV VIF GENE PRODUCT see GENE PRODUCTS, VIF

D12.776.260.900.575  
D12.776.964.950.575

### HIV VPU GENE PRODUCT see GENE PRODUCTS, VPU

D12.776.260.900.580  
D12.776.964.950.580

### HIV-1

B4.909.777.731.505.490.400  
B4.909.777.731.589.350.400

do not use /blood-csf-urine /cytol; infection: coord IM with AIDS (IM)

91  
see related  
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME  
X AIDS VIRUS  
X HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS TYPE 1

### HIV-1 ENVELOPE PROTEIN GP41 see HIV ENVELOPE PROTEIN GP41

D12.776.964.970.325.330  
D12.776.964.970.880.910.330  
D24.611.216.327.570.470.330

### HIV-1 ENVELOPE PROTEIN GP120 see HIV ENVELOPE PROTEIN GP120

D12.776.964.970.325.350  
D12.776.964.970.880.325.350  
D24.611.216.327.570.470.350

### HIV-1 PROTEASE see HIV PROTEASE

D8.586.277.656.732.66.340  
D12.776.964.970.850.375.340

### HIV-2

B4.909.777.731.505.490.410  
B4.909.777.731.589.350.410

do not use /blood-csf-urine /cytol; infection: coord IM with AIDS (IM) or HIV INFECTIONS (IM) if not specified as AIDS

91  
X HTLV-IV  
X HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS TYPE 2  
X HUMAN T-LYMPHOTROPIC VIRUS TYPE IV  
X LAV-2

### HIV see URTICARIA

C174.948+  
C20.543.480.904+

### HLA ANTIGENS

D24.611.216.705.552.450+  
human only; HLA goes here; note specifics below; only /admin /anal /biosyn /cf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine

87; was HL-A ANTIGENS 1978-81; was HL-A see under HISTOCOMPATIBILITY ANTIGENS 1974-77

91  
X HLA ANTIGENS to search HL-A ANTIGENS & HL-A ANTIGENS  
X HL-A & HISTOCOMPATIBILITY ANTIGENS 1974

### LEUKOCYTE ANTIGENS

### HLA-A ANTIGENS

D24.611.216.705.552.400.370  
D24.611.216.705.552.450.370  
only /admin /anal /biosyn /cf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine; DF: HLA A

### ANTIGENS, HLA-A

### HLA-A1 ANTIGEN

D24.611.216.705.552.400.372  
D24.611.216.705.552.450.372  
only /admin /anal /biosyn /cf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine

### HLA-A2 ANTIGEN

D24.611.216.705.552.400.374  
D24.611.216.705.552.450.374  
only /admin /anal /biosyn /cf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine

INDICATES THERE ARE INDENTED DESCRIPTORS IN MESH TREE STRUCTURES AT THIS NUMBER

### HLA-A3 ANTIGEN

D24.611.216.705.552.400.376  
D24.611.216.705.552.450.376  
only /admin /anal /biosyn /cf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine

### HLA-B ANTIGENS

D24.611.216.705.552.400.380  
D24.611.216.705.552.450.380  
only /admin /anal /biosyn /cf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine; DF: HLA B  
89  
X ANTIGENS, HLA-B

### HLA-B7 ANTIGEN

D24.611.216.705.552.400.383  
D24.611.216.705.552.450.383  
only /admin /anal /biosyn /cf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine

### HLA-B8 ANTIGEN

D24.611.216.705.552.400.385  
D24.611.216.705.552.450.385  
only /admin /anal /biosyn /cf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine

### HLA-B27 ANTIGEN

D24.611.216.705.552.400.387  
D24.611.216.705.552.450.387  
only /admin /anal /biosyn /cf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine

### HLA-B35 ANTIGEN

D24.611.216.705.552.400.388  
D24.611.216.705.552.450.388  
only /admin /anal /biosyn /cf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine

### X HLA-BW35

### HLA-BR ANTIGENS see HLA-DR ANTIGENS

D24.611.216.705.552.410.440  
D24.611.216.705.552.450.440

### HLA-BW35 see HLA-B35 ANTIGEN

D24.611.216.705.552.400.388  
D24.611.216.705.552.450.388

### HLA-C ANTIGENS

D24.611.216.705.552.400.390  
D24.611.216.705.552.450.390  
only /admin /anal /biosyn /cf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine; DF: HLA C  
89  
X ANTIGENS, HLA-C

### HLA-D ANTIGENS

D24.611.216.705.552.410.400  
D24.611.216.705.552.450.400  
GEN; prefer specifics; only /admin /anal /biosyn /cf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine; DF: HLA D

87; was see ANTIGENS, IMMUNE RESPONSE 1981-86

search HISTOCOMPATIBILITY ANTIGENS CLASS II 1981-86

91  
X CLASS II HUMAN ANTIGENS  
X HLA-DW ANTIGENS  
X HUMAN CLASS II ANTIGENS  
X IA-LIKE ANTIGENS, HUMAN  
X IMMUNE-ASSOCIATED ANTIGENS, HUMAN  
X IMMUNE-RESPONSE ANTIGENS, HUMAN  
X IMMUNE-RESPONSE-ASSOCIATED ANTIGENS, HUMAN

### HLA-D-RELATED ANTIGENS see HLA-DR ANTIGENS

D24.611.216.705.552.410.440  
D24.611.216.705.552.450.440

### HLA-DC ANTIGENS see HLA-DQ ANTIGENS

D24.611.216.705.552.410.430  
D24.611.216.705.552.450.430

### HLA DNA PROBES see DNA PROBES, HLA

D13.444.600.223.451  
D26.651.600.223.451

### HLA-DP ANTIGENS

D24.611.216.705.552.410.420  
D24.611.216.705.552.450.420  
only /admin /anal /biosyn /cf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine; DF: HLA DP  
89(87); was see under HLA-D ANTIGENS 1987-88  
X HLA-PL ANTIGENS  
X HLA-SB ANTIGENS

ANSWER 3 (a)

## ACONITIC ACID

D2.241.81.901.177  
do not use /defic /physiol  
91(73); was see under TRICARBOXYLIC ACIDS 1973-90

## ACONITINE

D3.132.26.30  
do not confuse with ACONITE; do not use /defic /physiol  
91(75); was see under ACONITE 1975-90  
X ACETYL-BENZOYLACONINE

ACOUSTIC EVOKED BRAIN STEM POTENTIALS see EVOKED POTENTIALS, AUDITORY, BRAIN STEM  
Q7.453.697.100.300.369.300 Q11.561.450.100.300.369.300

## ACOUSTIC IMPEDANCE TESTS

E1.276.299.375.100  
do not use /util except by MeSH definition  
78  
X AUDIOMETRY, IMPEDANCE  
X ELECTROACOUSTIC IMPEDANCE TESTS  
X IMPEDANCE TESTS, ACOUSTIC  
X TYMPANOMETRY  
XR EAR, MIDDLE

## ACOUSTIC NERVE

A8.796.214.125+  
8th cranial nerve; neopl: coord ACOUSTIC NERVE DISEASES (IM) with CRANIAL NERVE NEOPLASMS (IM) + histol type of neopl (IM) but note that NEUROMA, ACOUSTIC is also available; do not use /innerv  
X AUDITORY NERVE

## ACOUSTIC NERVE DISEASES

C9.218.807.23+ C10.772.204.25+  
IM GEN or unspecified; NIM coord with COCHLEAR NERVE (IM) for cochlear nerve dis or with VESTIBULAR NERVE (IM) for vestibular nerve dis  
80(79); was see under PERIPHERAL NERVE DISEASES 1979

## ACOUSTIC STIMULATION

E5.723.136  
= auditory stimulation; only /adv eff /instrum /methoda; EVOKED POTENTIALS, AUDITORY is also available  
73(72)  
X STIMULATION, ACOUSTIC  
XR HEARING  
XR NOISE  
XR SOUND

## ACOUSTIC TRAUMA see HEARING LOSS, NOISE-INDUCED

C9.218.458.500.481.460

## ACOUSTICS

H1.671.31+  
only /instrum; PSYCHOACOUSTICS & SPEECH ACOUSTICS are also available

## ACOUSTICS, SPEECH see SPEECH ACOUSTICS

G11.561.854.650

## ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME

C2.782.815.483.440.40 C2.782.815.616.400.40  
C2.800.801.40 C2.839.40  
C20.673.483.440.40  
caused by HIV; coord IM with HIV-1 or HIV-2 (IM) if pertinent; /epidemiol: consider also HIV SEROPREVALENCE; "immunocompromised host" goes here or IMMUNOLOGIC DEFICIENCY SYNDROMES or IMMUNE TOLERANCE: check text; OPPORTUNISTIC INFECTIONS is available if particularly discussed: see note there; note short X ref  
83

see related  
AIDS SERODIAGNOSIS  
HIV SEROPOSITIVITY  
HIV SEROPREVALENCE

X AIDS  
X IMMUNODEFICIENCY SYNDROME, ACQUIRED  
X IMMUNOLOGIC DEFICIENCY SYNDROME, ACQUIRED  
XR HIV-1  
XR T4 LYMPHOCYTES

## ACQUISITION, HEALTH FACILITY see HEALTH FACILITY MERGER

NZ.278.235

## ACREMONIUM

B5.354.381.546.25  
do not use /anat /embryol /microbiol /parasitol  
86; was CEPHALOSPORIUM 1963-85  
use ACREMONIUM to search CEPHALOSPORIUM back thru 1966  
X CEPHALOSPORIUM

## ACRIDINAMINE see AMINACRINE

D3.494.46.250.200 D20.187.60  
D26.408.348.60

## ACRIDINE MUSTARD see ICR 170

D2.455.526.728.650.400 D3.494.46.250.530  
D22.204.583.498

## ACRIDINE ORANGE

D3.494.46.250.150 D26.408.24  
D25-26 qualif  
79

X TETRAMETHYL ACRIDINE DIAMINE

## ACRIDINES

D3.494.46+  
D25-26 qualif; acridinamines & acridinylamines = AMINOACRIDINES

## ACRIFLAVINE

D3.494.46.250.177 D26.408.348.42  
D25-26 qualif

91(75); was see under AMINOACRIDINES 1982-90; was see under ACRIDINES 1963-81  
search ACRIDINES 1966-74  
X EUFLAVIN  
X FLAVACRIDIUM  
X XANTHACRIDINUM

## ACRO-OSTEOLYSIS SYNDROMES see OSTEOLYSIS, ESSENTIAL

C5.116.99.736 C5.116.264.579.704

## ACROCEPHALOSYNDACTYLIA

C5.116.99.370.885.15 C5.116.99.370.894.232.15  
D16.131.621.906.136  
do not use /congen & do not coord with INFANT, NEWBORN, DISEASES  
X APERT SYNDROME

## ACROCEPHALY see CRANIOSYNOSTOSES

C5.116.99.370.894.232+ C16.131.621.906.364

## ACRODERMATITIS

C16.131.831.66 C17.827.66

## ACRODYNIA

C10.772.56  
X ERYTHREDEMA POLYNEUROPATHY  
X FEER'S DISEASE  
X PINK DISEASE  
X SWIFT'S DISEASE

## ACRODYSPLASIA V see LANGER-GIEDION SYNDROME

C5.116.99.708.582

## ACROLEIN

D2.47.122  
do not use /biosyn /defic /physiol  
91(73); was see under ALDEHYDES 1973-90  
search ALDEHYDES 1966-72

## ACROMEGALY

C5.116.132.82 C19.700.355.178  
XR ADENOMA, EOSINOPHILIC

## ACROMIOCLAVICULAR JOINT

A2.835.583.32  
dislocation: coord (IM) with DISLOCATIONS (IM); any Cat A qualif  
79(75); was see under SHOULDER JOINT 1965-78, was see under SHOULDER 1963-64  
search SHOULDER JOINT 1966-74

## ACROMION

A2.835.232.87.783.261  
fracture = ACROMION /inj (IM) + FRACTURES (IM), not SHOULDER FRACTURES  
91(75); was see under SCAPULA 1975-90  
search SCAPULA 1966-74

## ACRONINE

D3.132.35 D3.494.46.220  
D22.204.179.15  
do not use /defic /physiol; /biosyn permitted if by plant  
91(75); was see under ALKALOIDS 1975-90  
X ACRONYCINE

## ACRONYNE see ACRONINE

D3.132.35 D3.494.46.220  
D22.204.179.15

## /acronyms

catalogers' form subhead only; for acronyms in specialty fields; see also /abbreviations; DF: ACRO  
75  
search policy: CATLINE, AVLINE only; Online Manual; use: main heading AND ACRONYMS (SH)

## ACROSIN

D8.586.277.656.732.760.30  
do not use /analogs  
91(75); was see under SERINE PROTEINASES 1973-90  
X ACROSOMAL PROTEINASE

## ACROSOMAL PROTEINASE see ACROSIN

D8.586.277.656.732.760.30

## ACROSOME

A3.360.490.890.820.100 A11.497.760.400.100  
A 11 qualif except /cytol  
91(75); was see under SPERMATOZOA 1975-90

## ACRYLAMIDES

D2.65.122 D2.241.81.69.94  
do not use /analogs /biosyn /defic /physiol  
73(71)

## ACRYLATES

D2.241.81.69+  
do not use /analogs /biosyn /defic /physiol  
66

## ACRYLIC RESINS

D25.720.716.822.111+  
D25-26 qualif  
see related  
DENTAL MATERIALS  
XR DENTAL RESTORATION, PERMANENT  
XR DENTAL RESTORATION, TEMPORARY  
XR TOOTH, ARTIFICIAL

## ACRYLONITRILE

D2.626.95  
do not use /biosyn /defic /physiol  
91(77); was see under NITRILES 1977-90  
X VINYL CYANIDE

## ACTH see ADRENOCORTICOTROPIC HORMONE

D6.472.734.525.690.183+ D12.644.20  
D12.776.641.650.20

## 1-24-ACTH see COSYNTROPIN

D6.472.734.525.690.183.250

## ACTH 1-24 see COSYNTROPIN

D6.472.734.525.690.183.250

## ACTH-RELEASING FACTOR see CORTICOTROPIN-RELEASING HORMONE

D6.472.709.195 D12.644.135  
D12.776.641.650.125

## ACTH SYNDROME, ECTOPIC

E4.730.713.317 C19.576.317  
= used by "ACTH production by non-pituitary neoplasms"; do not use /blood supply /chem /second /secret /ultrastruct; coord IM with precord  
= 840/neopl term with /secret (IM) + histol type of neopl /secret (IM)  
91(80); was see under NEOPLASTIC ENDOCRINE-LIKE SYNDROMES 1980-90  
X ECTOPIC ACTH SYNDROME

## ACTHAEMYL

D24.185.893.50  
do not use /analogs /defic /physiol  
91(75); was see under TISSUE EXTRACTS 1975-90  
X SOLCOSERYL

## ACTIN-BINDING PROTEINS see MICROFILAMENT PROTEINS

D12.776.220.525.2+

## ACTING OUT

F1.393.47 F3.407.47  
F4.754.919.211  
no qualif  
68  
XR PSYCHODRAMA

## ACTINIC RAYS see ULTRAVIOLET RAYS

G3.230.300.100.725.525.600 H1.671.768.638.943

## ACTINIDES see METALS, ACTINIDE

D1.552.517+

## ACTININ

D12.776.210.500.95 D12.776.220.525.90  
/biosyn /physiol permitted  
85(76); was see under MUSCLE PROTEINS 1976-84  
X ALPHA ACTININ

## ACTINIUM

D1.268.271.33 D1.552.517.42  
naturally radioactive; Manual 25.94; IM; do not use /analogs /biosyn /defic /physiol

## ACTINOBACILLOSIS

C1.252.30.178 C22.39  
a vet dis entity; do not confuse with ACTINOBACILLUS INFECTIONS; do not use /vet but check tag ANIMAL  
68

## ACTINOBACILLUS

B3.475.600.82  
do not use /blood-csf-urine; infection = ACTINOBACILLUS INFECTIONS or ACTINOBACILLOSIS; see notes there

## ACTINOBACILLUS INFECTIONS

C1.252.30+  
do not confuse with ACTINOBACILLOSIS, a vet dis entity  
72

## ACTINOMYCES

B3.100.67.137.178  
a genus of the family ACTINOMYCETACEAE of the order ACTINOMYCETALES; infection = ACTINOMYCOSIS; A. canis = NOCARDIA; A. candidus = STREPTOMYCES; A. rhodii = STREPTOMYCES; do not use /blood-csf-urine; Thermoactinomyces does not go here: index under MICROMONOSPORAEEAE

## ACTINOMYCES ASTEROIDES see NOCARDIA ASTEROIDES

B3.100.67.600.650.567

## ACTINOMYCETACEAE

B3.100.67.137+  
a family of the order ACTINOMYCETALES; do not use /blood-csf-urine  
75

## ACTINOMYCETALES

B3.100.67+  
an order of which ACTINOMYCETACEAE is a family; do not use /blood-csf-urine; infection: see note below; Thermoactinomyces does not go here: index under MICROMONOSPORAEEAE  
67; was ACTINOMYCETES 1963-66  
use ACTINOMYCETALES to search ACTINOMYCETES 1966

## ACTINOMYCETALES INFECTIONS

C1.252.40+  
infection by organism of the order of ACTINOMYCETALES; do not confuse with ACTINOMYCOSIS, infection by genus ACTINOMYCES  
77; was ACTINOMYCETE INFECTIONS 1972-76  
use ACTINOMYCETALES INFECTIONS to search ACTINOMYCETE INFECTIONS 1972-76  
X ACTINOMYCETE INFECTIONS

## ACTINOMYCETE INFECTIONS see ACTINOMYCETALES INFECTIONS

C1.252.40+

ANNEXE 3 (b)

**ATRIAL FIBRILLATION**

C14.280.67.198  
do not confuse with ATRIAL FLUTTER  
84; was AURICULAR FIBRILLATION 1963-83  
use ATRIAL FIBRILLATION to search AURICULAR FIBRILLATION  
back thru 1966  
X AURICULAR FIBRILLATION

**ATRIAL FLUTTER**

C14.280.67.248  
do not confuse with ATRIAL FIBRILLATION  
84; was AURICULAR FLUTTER 1963-83  
use ATRIAL FLUTTER to search AURICULAR FLUTTER back thru 1966  
X AURICULAR FLUTTER

**ATRIAL FUNCTION**

G9.330.75+  
only /drug eff /genet /immunol /physiol /rad eff  
91  
XR HEART ATRIUM

**ATRIAL FUNCTION, LEFT**

G9.330.75.100  
only /drug eff /genet /immunol /physiol /rad eff  
91  
X LEFT ATRIAL FUNCTION

**ATRIAL FUNCTION, RIGHT**

G9.330.75.200  
only /drug eff /genet /immunol /physiol /rad eff  
91  
X RIGHT ATRIAL FUNCTION

**ATRIAL NATRIURETIC FACTOR** see NATRIURETIC PEPTIDES, ATRIAL  
D12.644.390 D12.776.210.500.680

**ATRIAL NATRIURETIC PEPTIDES** see NATRIURETIC PEPTIDES, ATRIAL  
D12.644.390 D12.776.210.500.680

**ATRIOPEPTINS** see NATRIURETIC PEPTIDES, ATRIAL  
D12.644.390 D12.776.210.500.680

**ATRIOVENTRICULAR BLOCK** see HEART BLOCK  
C14.280.67.558+

**ATRIOVENTRICULAR BUNDLE** see BUNDLE OF HIS  
A7.541.409.273

**ATRIOVENTRICULAR NODAL REENTRY TACHYCARDIA** see TACHYCARDIA, ATRIOVENTRICULAR NODAL REENTRY  
C14.280.67.845.880.95

**ATRIOVENTRICULAR NODE**

A7.541.409.147  
do not use /blood supply /innerv  
91(75); was see under HEART CONDUCTION SYSTEM 1975-90  
search HEART CONDUCTION SYSTEM 1966-74  
X AV NODE

**ATROCITIES** see VIOLENCE  
F3.126.842.89.734+

**ATROPA BELLADONNA** see BELLADONNA  
B6.560.104 B6.660.105

**ATROPHY**

C23.739.102  
NIM; coord with organ/pathol (IM)

**ATROPINE**

D3.132.760.180.297 D3.132.889.180.297+ D3.605.869.189+ D16.653.865.62  
do not use /biosyn /defic /physiol; analogs = ATROPINE DERIVATIVES  
HYOSCYAMINE was see under BELLADONNA 1963-75  
to search HYOSCYAMINE use ATROPINE back thru 1975 & BELLADONNA 1966-74  
X HYOSCYAMINE

**ATROPINE DERIVATIVES**

D3.132.889.180.297.297+ D3.605.869.189.297+  
do not use /analog /biosyn /defic /physiol  
78(75); was see under ATROPINE 1975-77; was see under TROPANES  
1969-74  
search TROPANES 1969-74

**ATTACHMENT SITES (MICROBIOLOGY)**

G4.185.515.591.68 G5.386.521.68  
attachment of phage DNA to bacterial DNA; for attachment of a virus  
a cell index under RECEPTORS, VIRUS; only /drug eff /genet /immunol  
/physiol /rad eff; DF: ATT SITES  
91(80); was see under LYSOGENY 1980-90

**ATTENDING PHYSICIANS, HOSPITAL** see MEDICAL STAFF, HOSPITAL  
M1.526.485.630.490 M1.526.485.740.422  
N2.350.559.472+ N2.350.685.200

**ATTENTION**

F2.830.104.214  
only /drug eff /physiol /rad eff  
X CONCENTRATION

**ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY**

F3.234.96  
do not use /drug eff /physiol /rad eff; do not confuse with HYPERKINETIC SYNDROME  
note X refs under both  
84; was HYPERKINETIC SYNDROME 1981-83; was MINIMAL BRAIN DYSFUNCTION 1969-80 (Prov 1969-72)  
use ATTENTION DEFICIT DISORDER WITH HYPERACTIVITY  
search HYPERKINETIC SYNDROME back thru 1981 & MINIMAL BRAIN DYSFUNCTION back thru 1969 (as Prov 1969-72)  
X BRAIN DYSFUNCTION  
X HYPERKINETIC SYNDROME  
X MINIMAL BRAIN DYSFUNCTION

**ATTITUDES**

F1.145.76+ F1.829.92+  
only /ethnol with discretion  
65(64); was see under BEHAVIOR 1963-64  
see related  
PUBLIC OPINION SET (PSYCHOLOGY)

**ATTITUDE OF HEALTH PERSONNEL**

F1.145.76.147+ F1.829.92.214+  
only /ethnol  
68

**ATTITUDE TO COMPUTERS**

F1.145.76.180  
no qualif  
87  
XR COMPUTERS

**ATTITUDE TO DEATH**

F1.145.76.247  
only /ethnol  
74  
XR DEATH

**ATTITUDE TO HEALTH**

F1.145.76.347+ F1.829.92.380  
only /ethnol; includes attitude to disease  
68  
see related  
PATIENT DROPOUTS  
SICK ROLE  
XR PUBLIC OPINION

**ATYPICAL BACTERIAL FORMS**

B3.110+  
do not use /blood-caf-urine  
75

**ATYPICAL INTERSTITIAL PNEUMONIA OF CATTLE** see PNEUMONIA, ATYPICAL INTERSTITIAL, OF CATTLE  
C22.196.690

**AUDIOANALGESIA**

E3.91.214  
do not use /util except by MeSH definition  
65

**/audiocassettes**

catalogers' form subhead only; for audiotapes issued in permanently encased cassettes or cartridges; DF: AUDI CASS  
78  
search policy: CATLINE, AVLINE only; Online Manual; use: main heading AND AUDIOCASSETTES (SH)

**AUDIOLOGY**

G1.10.150  
SPEC. SPEC qualif; do not confuse with HEARING (physiol process) or HEARING TESTS or AUDIOMETRY (a specific type of hearing test); AMERICAN SPEECH-LANGUAGE-HEARING ASSOCIATION is also available  
78; was see under HEARING 1963-74  
search HEARING 1966-74

**AUDIOMETRY**

E1.276.299.375.297+  
do not use /util except by MeSH definition; a specific type of hearing test; do not use as a general term for "the measurement of hearing" (= HEARING TESTS); ACOUSTIC IMPEDANCE TESTS is also available  
XR AUDITORY THRESHOLD

**AUDIOMETRY, BEKESY** see AUDIOMETRY, PURE-TONE  
E1.276.299.375.297.92

**AUDIOMETRY, ELECTROENCEPHALIC RESPONSE** see AUDIOMETRY, EVOKED RESPONSE  
E1.276.299.375.297.45

**AUDIOMETRY, EVOKED RESPONSE**

E1.276.299.375.297.45  
do not use /util except by MeSH definition; also called "electric response audiometry"  
see also under AUDIOMETRY 1980-85  
X AUDIOMETRY, ELECTROENCEPHALIC RESPONSE  
X ELECTROCOCHLEOGRAPHY  
X EVOKED RESPONSE AUDIOMETRY  
XR EVOKED POTENTIALS, AUDITORY, BRAIN STEM

**AUDIOMETRY, IMPEDANCE** see ACOUSTIC IMPEDANCE TESTS  
E1.276.299.375.100

**AUDIOMETRY, PURE-TONE**

E1.276.299.375.297.92  
do not use /util except by MeSH definition; note X ref: spell in titles & translations with accents; Bekesy  
78(80); was see under AUDIOMETRY 1980-90  
X AUDIOMETRY, BEKESY

**AUDIOMETRY, SPEECH**

E1.276.299.375.297.105+  
8

**/audiotape catalogs**

catalogers' form subhead only; for lists & catalogs of sound recordings on audiotapes; DF: AUDI CATA  
78  
search policy: CATLINE, AVLINE only; Online Manual; use: main heading AND AUDIOTAPE CATALOGS (SH)

**/audiotapes**

catalogers' form subheading only; for plastic tape recorded magnetically to reproduce sound; DF: AUDI TA  
78  
search policy: CATLINE, AVLINE only; Online Manual; use: main heading AND AUDIOTAPES (SH)

**AUDIO-VISUAL AIDS**

E1.178.147.297 L1.178.147+  
see class /econ /hist /stand /supply /trends /util (if by MeSH definition);  
78(74) HEARING MATERIALS is also available CATALOG: form qualif  
audio-visual aids & double forms, /multimedia kits, /slides & /transparencies  
no available  
X VISUAL AIDS

**/audiovisual aids**

catalogers' form subhead only; for sound & visual instructional material; see also AUDIOVISUAL AIDS for double-form subheads; DF: AUDI AIDS  
78  
search policy: CATLINE, AVLINE only; Online Manual; use: main heading AND AUDIOVISUAL AIDS (SH)

**AUDITORY BRAIN STEM EVOKED RESPONSES** see EVOKED POTENTIALS, AUDITORY, BRAIN STEM  
G11.561.450.100.300.369.300 G11.561.450.100.300.369.300

INDICATES THERE ARE INDENTED DESCRIPTORS IN MESH TREE STRUCTURES AT THIS NUMBER 79

**AUDITORY CANAL, EXTERNAL** see EAR CANAL  
A9.246.272.396

**AUDITORY CORTEX**

A8.186.211.885.213.863.297  
do not use /innerv; dis: coord NIM with AUDITORY DISEASES, CENTRAL (IM)  
70(68)  
see related  
AUDITORY DISEASES, CENTRAL

**AUDITORY DISEASES, CENTRAL**

C9.218.807.186+ C10.228.140.68+  
dis of auditory nerve pathways; coord IM with site (NIM)  
80  
XR AUDITORY CORTEX  
XR AUDITORY PATHWAYS

**AUDITORY EVOKED POTENTIALS** see EVOKED POTENTIALS, AUDITORY  
G7.453.697.100.300.369+ G11.561.450.100.300.369+

**AUDITORY EVOKED RESPONSE** see EVOKED POTENTIALS, AUDITORY  
G7.453.697.100.300.369+ G11.561.450.100.300.369+

**AUDITORY FATIGUE**  
F2.463.593.71.173.95  
only /drug eff /physiol /rad eff  
80  
X TEMPORARY THRESHOLD SHIFT, AUDITORY

**AUDITORY LOCALIZATION** see SOUND LOCALIZATION  
F2.463.593.71.869

**AUDITORY NERVE** see ACOUSTIC NERVE  
A8.796.214.125+

**AUDITORY OSSICLES** see EAR OSSICLES  
A9.246.397.247+

**AUDITORY PATHWAYS**  
A8.612.220.110  
do not use /innerv; dis: coord NIM with AUDITORY DISEASES, CENTRAL (IM)  
72(71)  
see related  
AUDITORY DISEASES, CENTRAL

**AUDITORY PERCEPTION**  
F2.463.593.71+ G11.561.796.263.260  
only /drug eff /genet /physiol /rad eff; differentiate from HEARING: aud percept takes place in the brain, hearing takes place in the ear; TN 98  
68(67)  
XR HEARING

**AUDITORY PERCEPTUAL DISORDERS**  
C9.218.807.186.94 C10.228.140.68.94  
F3.126.185.794.151  
91(80); was see under PERCEPTUAL DISORDERS 1980-90

**AUDITORY PROSTHESIS** see COCHLEAR IMPLANT  
E4.659.216 E4.847.774.216  
E7.296.319.216 E7.450.216  
E7.814.458.216 E7.858.565.216

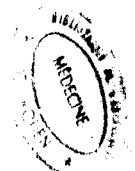
**AUDITORY THRESHOLD**  
F2.463.593.71.173+ F2.463.593.710.190  
only /drug eff /physiol /rad eff  
68  
see related  
AUDIOMETRY

**AUDITORY TUBE** see EUSTACHIAN TUBE  
A9.246.397.369

**AUERBACH'S PLEXUS** see MYENTERIC PLEXUS  
A8.99.573

**AUJESZKY'S DISEASE** see PSEUDORABIES  
C2.256.466.793 C22.742

**AUJESZKY'S DISEASE VIRUS** see PSEUDORABIES VIRUS  
B4.909.204.382.753



## HAPPINESS

F1.470.516  
no qualif; includes "joy"  
74(70)

## HAPTENS

D24.611.216.621+  
only /admin /adv eff /anal /caf /class /genet /immunol /isol /rad eff /stand /tox /urine  
65(64)

## HAPTOGLOBINS

D12.776.124.50.300  
D12.776.377.715.83.394  
do not use /analogs /blood  
D12.776.124.790.106.394  
D12.776.395.560.373

## HARDERIAN GLAND

A9.371.463.373  
91(75); was see under LACRIMAL APPARATUS 1975-90  
search LACRIMAL APPARATUS 1969-74

## HARDNESS

H1.671.347+  
almost never IM; only /drug eff /rad eff  
65

## HARDNESS TESTS

E5.417  
NIM; only /instrum /methods /stand  
72(64)  
H1.671.347.457

## HARDWARE, COMPUTER see COMPUTERS

L1.700.568.80.260+

## HARELIP see CLEFT LIP

C16.131.314.687.164

## HARMALINE

D3.132.410  
do not confuse with HARMINE; do not use /defic /physiol  
91(75); was see under ALKALOIDS 1975-90  
X DIHYDROHARMINE  
X HARMIDINE  
D3.494.500

## HARMIDINE see HARMALINE

D3.132.410  
D3.494.500

## HARMINE

D3.132.415  
D15.236.372.454  
do not confuse with HARMIDINE or HARMALINE; do not use /defic /physiol  
91(75); was see under ALKALOIDS 1975-90  
X BANISTERINE  
X LEUCOHARMINE  
X TELEPATHINE  
X YAGEINE  
D3.494.515

## HARRINGTONINES

D3.132.420  
from Cephalotaxus harringtonia seeds; do not use /analogs /defic /physiol  
/bioassn permitted if by plant  
91(77); was see under ALKALOIDS 1977-90  
X CEPHALOTAXINE ALKALOIDS  
X CEPHALOTAXUS ALKALOIDS  
D22.204.179.424

## HARTMANNELLA

B1.841.656.89.430  
do not use /anast /blood-caf-urine /embryol; infection: coord IM with AMEBIASIS (IM); for antigens, coord with ANTIGENS, PROTOZOAN, for antibodies, coord with ANTIBODIES, PROTOZOAN  
72

## HARTNUP DISEASE

C10.228.140.163.331  
C12.777.419.815.191.457  
C18.452.648.851.191.457  
do not use /congen & do not coord with INFANT, NEWBORN, DISEASES  
65  
C10.496.313  
C18.452.648.66.210.490  
F3.709.346.342

## HARVEST MITES see TROMBICULID MITES

B1.131.166.132.419.875

## HARVEY SARCOMA VIRUS

B4.909.574.807.674.700.424  
B4.909.777.779.674.700.424  
do not use /blood-caf-urine /cytol; infection: coord IM with EXPERIMENTAL (IM)  
91(84); was see under MOUSE SARCOMA VIRUSES 1964+

## HASHIMOTO'S DISEASE see THYROIDITIS, AUTOIMMUNE

C19.874.871.102  
C20.111.809

## HASHISH see CANNABIS

B6.560.139

## HASHISH ABUSE see MARIJUANA ABUSE

F3.709.597.780.610.200

## HASHISH SMOKING see MARIJUANA SMOKING

F1.145.466.753.488

## HATE

F1.470.548

no qualif

## HAVERSIAN SYSTEM

A10.165.265.307

73(64)

## HAWAII

Z1.107.567.875.100.326  
Z1.782.815.482

## HAWTHORNE EFFECT see EFFECT MODIFIERS (EPIDEMIOLOGY)

G3.850.490.734+

## HAY FEVER

C8.640.799.407  
C9.603.799.407  
C8.674.425  
C20.543.480.680.425

may be caused by grasses, various types of pollen, etc. note X confuse with RHINITIS, ALLERGIC, NONSEASONAL  
RHINITIS, ALLERGIC was see HAY FEVER 1963-79  
use HAY FEVER to search RHINITIS, ALLERGIC 1966-79  
X RHINITIS, ALLERGIC, SEASONAL  
XR POLLEN

## HAZARDOUS CHEMICALS see HAZARDOUS SUBSTANCES

D5.284.360

## HAZARDOUS MATERIALS see HAZARDOUS SUBSTANCES

D5.284.360

## HAZARDOUS SUBSTANCES

D5.284.360  
note category: do not confuse with HAZARDOUS WASTE, only use if /ad-poi-tox /anal /class /isol  
89  
see related  
X HAZARDOUS WASTE  
X HAZARDOUS CHEMICALS  
X HAZARDOUS MATERIALS  
X TOXIC SUBSTANCES, ENVIRONMENTAL

## HAZARDOUS WASTE

G3.850.460.710.380+  
note category: do not confuse with HAZARDOUS SUBSTANCES, only use if /anal /class /econ /hist /legis /prev /statist; hazardous waste with /pollut  
88  
XR HAZARDOUS SUBSTANCES

## HAZARDOUS WASTE, RADIOACTIVE see RADIOACTIVE WASTE

D5.284.638.638  
G3.850.460.710.380.638

## HAZARDS, EQUIPMENT see EQUIPMENT SAFETY

E5.330

## HAZARDS MODELS see PROPORTIONAL HAZARDS MODELS

E5.318.740.500.700  
E5.318.740.750.725  
G3.850.520.830.600.700  
H1.548.832.672.617  
H1.770.461.835.900  
E5.318.740.600.700  
G3.850.520.830.500.700  
G3.850.520.830.750.725  
H1.548.832.793.725

## HB A1C see HEMOGLOBIN A, GLYCOSYLATED

D9.203.408.375  
D12.776.124.400.405.440

## HEMOGLOBIN A, GLYCOSYLATED

D12.776.124.400.405.440

## HEN PATTIS B ANTIGENS

D12.776.124.400.405.440

## HEN PATTIS B CORE ANTIGENS

D12.776.124.400.405.440

## HEN PATTIS B E ANTIGENS

D12.776.124.400.405.440

## HEN PATTIS B GROWTH FACTOR, ACIDIC

D12.644.212.250

## HEN PATTIS B GROWTH FACTOR, BASIC

D12.644.212.300

## HEN PATTIS B SURFACE ANTIGENS

D12.776.124.400.405.440

## HERPESVIRUS-6, HUMAN

D12.776.124.400.405.440

## HERPESVIRUS-6 SURFACE ANTIGENS

D12.776.124.400.405.440

## HETACHLOROBENZENE

D2.455.426.559.389.261.400

## HINDOTROPINS, CHORIONIC

D6.472.759.367  
D12.776.780.400

## HISTOPROTEIN RECEPTORS, LH

G6.184.154.803.740.405.560

## HOLESTEROL see LIPOPROTEINS, HDL CHOLESTEROL

D10.516.851.208.680

## HEAD

see NIM as site; soft parts = FACE, bony parts = SKULL; prefer specific terms: skull (anast); consider also CEPHALOMETRY (living skull) & CRANIOMETRY (dead skull); /inj = HEAD INJURIES but consider also HEAD & FACIAL BONES & specifics under each with /inj; TN 96: relation to facial injuries

## HEAD AND NECK NEOPLASMS

see 443+  
prefer FACIAL NEOPLASMS, SKULL NEOPLASMS & other terms; organ/neck terms pertinent to head & neck; /blood supply /chem /secret /ultrastruct permitted; coord IM with histol type of neoplasm; DE: HEAD NEOPLASMS or HEAD NEOPL  
X NECK NEOPLASMS was heading 1963-75  
X HEAD AND NECK NEOPLASMS to search NECK NEOPLASMS back 1966

## HEAD BANGING see STEREOTYPED BEHAVIOR

E5.890  
F3.126.892

## HEAD INJURIES

D12.776.460+  
of skull or unspecified; do not consider a substitute for /inj with various bones of other portions of the head; "cranio-cerebral inj" goes under BRAIN INJURIES only & not also here unless particularly discussed; TN 96: relation to SKULL /inj; TN 115: relation to "jaw injuries"

## HEAD NURSES see NURSING, SUPERVISORY

N4.452.758.377.750

## HEAD PROTECTIVE DEVICES

E7.712.350  
only /econ /stand /supply /vet  
-1075; was see under PROTECTIVE DEVICES 1975-90; was in Cat D & 1975-82  
X HELMETS

## HEADACHE

E10.597.617.485  
C23.888.592.612.429+  
MIGRAINE, VASCULAR HEADACHE & CLUSTER HEADACHE are available but do not diagnose: use word of text

## HEADGEAR, ORTHODONTIC see EXTRAORAL TRACTION APPLIANCES

E6.658.453.576.360

## HEALTH

N1.407.540+  
no qualif; /educ = HEALTH EDUCATION; /man = HEALTH MANPOWER  
CATALOG: do not use /pop wk

## HEALTH AND DISEASE (NON MESH)

N1.407+

## HEALTH AND WELFARE PLANNING see HEALTH PLANNING

N3.349+

## HEALTH BEHAVIOR

F1.145.76.347.410

only /ethnol

89

XR HEALTH PROMOTION

XR LIFE STYLE

## HEALTH BENEFIT PLANS, EMPLOYEE

N3.219.521.576.343.290  
N4.452.677.392  
only /econ /hist /legis /organ /stand /trends /util; specify geog if possible  
CATALOG: /geog /form  
91(75); was see under INSURANCE, HEALTH 1975-90  
search INSURANCE, HEALTH 1968-74  
X CHAMPUS

## HEALTH CARE COALITIONS

N3.219.151.160.400  
N3.540.452.188  
only /econ /hist /legis /stand /trends /util  
91(86); was see under HEALTH PLANNING ORGANIZATIONS 1986-90; was see HEALTH PLANNING ORGANIZATIONS 1984-85  
search HEALTH PLANNING ORGANIZATIONS 1984-85  
X BUSINESS COALITIONS (HEALTH CARE)

## HEALTH CARE DELIVERY see DELIVERY OF HEALTH CARE

N4.590.374+

## HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION (U.S.) see UNITED STATES HEALTH CARE FINANCING ADMINISTRATION

N3.540.427.300.310

## HEALTH CARE RATIONING

N3.349.270

only /econ /hist /legis /organ /stand /trends

89

X RATIONING, HEALTH CARE

XR HEALTH RESOURCES

## HEALTH CARE RESEARCH see HEALTH SERVICES RESEARCH

N3.349.380+

## HEALTH CARE SEEKING BEHAVIOR see PATIENT ACCEPTANCE OF HEALTH CARE

F1.145.76.347.570

## HEALTH CARE SYSTEMS see DELIVERY OF HEALTH CARE

N4.590.374+

## HEALTH CARE TEAM see PATIENT CARE TEAM

N4.590.715+

## HEALTH CENTERS, AMBULATORY see AMBULATORY CARE FACILITIES

N2.278.35+

## HEALTH DIARIES see MEDICAL RECORDS

E5.318.308.940.968+  
L1.280.900.968+

## HEALTH EDUCATION

G3.850.630  
N2.421.143.827.407+  
only /econ /hist /legis /man /methods /organ /stand /statist /trends; educ of patients in & outside hosp = PATIENT EDUCATION; HEALTH PROMOTION is also available  
CATALOG: /geog /form; do not use /pop wk  
X COMMUNITY HEALTH EDUCATION  
X EDUCATION, HEALTH  
I2.233.332+  
N2.421.726.407+

**HEALTH EDUCATION, DENTAL**  
G3.890.410 12.233.332.374  
N2.421.143.827.407.57 N2.421.726.407.457  
only likely qualify are /econ /hist /legis /methods /stand /statist /trends; DP:  
HEALTH EDUC DENT CATALOG: /geog /form; do not use /pop  
wks  
65  
X DENTAL HEALTH EDUCATION  
X EDUCATION, DENTAL HEALTH  
XR PREVENTIVE DENTISTRY  
XR PUBLIC HEALTH DENTISTRY

**HEALTH FACILITIES**

N2.278.215+  
only /class /econ /hist /legis /organ /stand /statist /supply /trends /util  
CATALOG: /geog /form  
68

**HEALTH FACILITIES, PROPRIETARY**

N2.278.215+  
"operated by private groups or corporations for a profit"; only /class /econ  
/hist /legis /organ /stand /supply /trends /util CATALOG: /geog /form  
91(Aug 77); was see under HEALTH FACILITIES 1977-90

**HEALTH FACILITY ACQUISITION** see HEALTH FACILITY MERGER  
N2.278.235

**HEALTH FACILITY ADMINISTRATORS**

M1.526.70.490+ M1.526.485.430+  
N2.350.45.100+  
do not use /man /methods  
78

**HEALTH FACILITY CLOSURE**

N2.278.218  
only /econ /hist /legis /methods /statist /stand /trends  
91(83); was see under HEALTH FACILITIES 1983-90; was HOSPITAL  
CLOSURE see under HOSPITAL ADMINISTRATION Aug 1977-82  
use HEALTH FACILITY CLOSURE to search HOSPITAL CLOSURE Aug  
1977-82  
X HOSPITAL CLOSURE

**HEALTH FACILITY CONVERSION** see HEALTH FACILITY PLANNING  
N3.349.650.250+

**HEALTH FACILITY ENVIRONMENT**

N2.278.220+  
do not use /man /methods /organ /supply /util (except by MeSH definition)  
91(80); was see under HEALTH FACILITIES 1980-90

**HEALTH FACILITY MERGER**

N2.278.235  
do not use /educ /methods  
91(Aug 77); was see under HEALTH FACILITIES 1977-90  
X ACQUISITION, HEALTH FACILITY  
X HEALTH FACILITY ACQUISITION  
X HOSPITAL MERGER  
X MERGER, HEALTH FACILITY

**HEALTH FACILITY MOVING**

N2.278.235  
do not use /educ /methods  
91(Aug 77); was see under HEALTH FACILITIES 1977-90  
X HOSPITAL MOVING  
X MOVING, HEALTH FACILITY

**HEALTH FACILITY PLANNING**

N3.349.650.250+  
only /econ /hist /legis /organ /stand /statist /trends; TN 104: differentiate  
from FACILITY DESIGN AND CONSTRUCTION CATALOG:  
/geog /form  
68  
see related  
FACILITY DESIGN AND CONSTRUCTION  
X HEALTH FACILITY CONVERSION  
X PLANNING, HEALTH FACILITY  
XR ARCHITECTURE

**HEALTH FACILITY SIZE**

N2.278.306+  
only /econ /legis /stand /trends  
68

**HEALTH FAIRS**

12.233.332.390 N2.421.143.827.407.478  
N2.421.726.407.478  
only /econ /hist /man /organ /stand /trends  
91(83); was see under HEALTH EDUCATION 1983-90

**HEALTH INSURANCE** see INSURANCE, HEALTH  
N3.219.521.576.343+

**HEALTH INSURANCE FOR AGED AND DISABLED, TITLE 18**  
MEDICARE  
N3.219.521.346.506.564.663 N3.219.521.576.343.840.

**HEALTH INSURANCE REIMBURSEMENT** see INSURANCE, HEALTH  
REIMBURSEMENT  
N3.219.521.710+

**HEALTH INSURANCE, VOLUNTARY** see INSURANCE, HEALTH  
N3.219.521.576.343+

**HEALTH LEGISLATION** see LEGISLATION  
N3.706.615+

**HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS**

N3.219.521.576.343.800.500 N4.452.758.244.541  
N4.590.374.410.500  
only /class /econ /hist /legis /organ /stand /supply /trends /util  
CATALOG: /geog /form  
74(71)  
X GROUP HEALTH ORGANIZATIONS, PREPAID  
X PREPAID GROUP HEALTH ORGANIZATIONS  
XR INSURANCE, HEALTH

**HEALTH MANPOWER**

N2.350+  
GEN only; prefer /manpower with specific headings, when (1) N  
not use /educ (ie HEALTH OCCUPATIONS /educ) /manpower  
CATALOG: /geog /form  
68  
X HEALTH OCCUPATIONS MANPOWER  
X HEALTH PERSONNEL

**HEALTH OCCUPATIONS**

G2+  
SPEC: SPEC qualif; /man = HEALTH MANPOWER, for health  
HEALTH MANPOWER or ALLIED HEALTH PERSONNEL  
PHYSICIANS' ASSISTANTS CATALOG: /geog /form  
68; was HEALTH PROFESSIONS 1963-67  
1966-67  
use HEALTH OCCUPATIONS to search HEALTH PROFESSIONS  
X HEALTH PROFESSIONS  
XR OCCUPATIONS

**HEALTH OCCUPATIONS MANPOWER** see HEALTH MANPOWER  
N2.350+

**HEALTH OCCUPATIONS SCHOOLS** see SCHOOLS, HEALTH  
OCCUPATIONS  
12.783.660+

**HEALTH PERSONNEL** see HEALTH MANPOWER  
N2.350+

**HEALTH PERSONNEL (NON MESH)**

M1.526.485+  
"health personnel" is indexed under HEALTH MANPOWER  
HEALTH PERSONNEL

**HEALTH PHYSICS**

G2.229.333 H1.671.368  
SPEC: SPEC qualif  
73(67)  
see related  
RADIATION MONITORING  
RADIATION PROTECTION  
RADIOMETRY  
X RADIOLOGIC PHYSICS

**HEALTH PLAN IMPLEMENTATION**

N3.349.300  
only /econ /hist /legis /stand /trends; specify geog  
91(80); was see under HEALTH PLANNING 1980-90

**HEALTH PLANNING**

N3.349+  
only /econ /hist /legis /organ /stand /trends; Public Law 91-515; see  
NATIONAL HEALTH PLANNING AND RESOURCES  
DEVELOPMENT ACT OF 1974 for Public Law 93-641; specify geog &  
UNITED STATES (NIM) for STATE HEALTH PLANNING,  
UNITED STATES CATALOG: /geog /form  
was HEALTH AND WELFARE PLANNING 1968-78  
was HEALTH PLANNING to search HEALTH AND WELFARE  
PLANNING back thru 1968  
HEALTH AND WELFARE PLANNING  
PLANNING, HEALTH AND WELFARE  
STATE HEALTH PLANNING, UNITED STATES  
PLANNING TECHNIQUES

**HEALTH PLANNING ACT 93-641** see NATIONAL HEALTH PLANNING  
AND RESOURCES DEVELOPMENT ACT OF 1974  
N3.349.510

**HEALTH PLANNING AND RESOURCES DEVELOPMENT AMENDMENTS**  
OF 1979, PUBLIC LAW 96-79 see NATIONAL HEALTH PLANNING AND  
RESOURCES DEVELOPMENT ACT OF 1974  
N3.349.510

**HEALTH PLANNING COUNCILS**

N4.452.210  
only /class /econ /hist /legis /organ /stand /trends /util; Public Law 93-641;  
N3.349.510  
was see under HEALTH PLANNING ORGANIZATIONS 1980-90  
NATIONAL COUNCIL ON HEALTH PLANNING AND  
DEVELOPMENT  
STATEWIDE HEALTH COORDINATING COUNCILS

**HEALTH PLANNING GUIDELINES**

N4.4315  
only /qualif  
was see under HEALTH PLANNING 1980-90  
GUIDELINES FOR HEALTH PLANNING

**HEALTH PLANNING ORGANIZATIONS**

N4.452+  
only /class /econ /hist /legis /organ /stand /trends /util; specify geog  
CATALOG: /geog /form

**CENTERS FOR HEALTH PLANNING**

**HEALTH PLANNING SUPPORT**

N4.483.408  
only /class /econ /legis /trends /util CATALOG: /geog /form

**GRANTS AND SUBSIDIES, HEALTH PLANNING**  
SUBSIDIES, HEALTH PLANNING

**HEALTH PLANNING TECHNICAL ASSISTANCE**

N4.4315  
only /econ /hist /legis /stand /trends  
was see under HEALTH PLANNING 1980-90  
TECHNICAL ASSISTANCE FOR HEALTH PLANNING

**HEALTH POLICY**

N4.710.608.400 N3.706.710.608.428  
only /econ /hist /legis /trends; specify state or country or other body if  
present CATALOG: /geog /form  
NATIONAL HEALTH POLICY  
POLICY MAKING

**HEALTH PRIORITIES**

N4.4310  
only /econ /hist /legis /trends  
was see under HEALTH PLANNING 1980-90  
PRIORITIES, HEALTH

**HEALTH PROFESSIONS** see HEALTH OCCUPATIONS

**HEALTH PROMOTION**

only /econ /educ /hist /legis /methods /organ /trends /util CATALOG:  
/form  
was related  
HEALTH BEHAVIOR  
PROMOTION OF HEALTH  
FITNESS PROGRAMS

**HEALTH RECORDS, PERSONAL** see MEDICAL RECORDS  
E5.318.308.940.968+ G3.850.520.308.940.968+  
L1.280.900.968+ N4.452.859.564+

**HEALTH RESORTS**

G3.850.860.410.250  
only /class /econ /hist /legis /stand /statist; sanatoria & sanatoria (often used  
interchangeably) can go here but consider also HOSPITALS, SPECIAL  
CATALOG: /geog /form  
X RESORTS  
XR BALNEOLOGY

**HEALTH RESOURCES**

N3.349.340  
only likely qualify are /class /econ /legis /stand /trends /util; specify geog  
CATALOG: /geog /form  
78  
see related  
HEALTH CARE RATIONING

**HEALTH RESOURCES ADMINISTRATION (U.S.)** see UNITED STATES  
HEALTH RESOURCES AND SERVICES ADMINISTRATION  
N3.340.427.300.425.600+

**HEALTH RISK APPRAISAL** see HEALTH STATUS INDICATORS  
E5.318.308.250.475 G3.850.520.308.250.475  
N1.224.458.470

**HEALTH SERVICE AREA** see CATCHMENT AREA (HEALTH)  
N1.696.100 N3.349.650.95

**HEALTH SERVICES**

N2.421+  
only /class /econ /hist /legis /man /organ /stand /supply /trends /util (if  
by MeSH definition) CATALOG: /geog /form  
74

**HEALTH SERVICES ACCESSIBILITY**

N4.590.374.200  
only /econ /legis /stand /trends; specify geog CATALOG: /geog /form  
78  
X ACCESSIBILITY OF HEALTH SERVICES  
X AVAILABILITY OF HEALTH SERVICES  
XR MEDICALLY UNDERSERVED AREA

**HEALTH SERVICES ADMINISTRATION (NON  
MESH)**  
N4+

**HEALTH SERVICES AND MENTAL HEALTH ADMINISTRATION (U.S.)** see  
UNITED STATES ALCOHOL, DRUG ABUSE, AND MENTAL  
HEALTH ADMINISTRATION  
N3.340.427.300.425.250+

**HEALTH SERVICES FOR THE AGED**

N2.421.320  
only /class /econ /hist /legis /man /organ /supply /trends /util (if by MeSH  
definition); coord IM with specific serv (IM or NIM) if pertinent  
CATALOG: /geog /form  
80  
X GERIATRIC HEALTH SERVICES  
XR AGED  
XR FRAIL ELDERLY

**HEALTH SERVICES, INDIGENOUS**

N2.421.330  
"health care provided to specific cultural or tribal peoples which incorporates  
local customs, beliefs & taboos"; only /class /econ /hist /legis /man /organ  
/stand /supply /trends /util (if by MeSH definition); specify ethnic group (IM)  
+ geog CATALOG: /geog /form  
81(Aug 77); was see under HEALTH SERVICES Aug 1977-80  
XR MEDICINE, TRADITIONAL

**HEALTH SERVICES MARKETING** see MARKETING OF HEALTH  
SERVICES  
N3.219.463.548

**HEALTH SERVICES MISUSE**

N2.421.380  
misuse, overuse or abuse by patient or physician; only /econ /legis /stand  
/trends  
91(Aug 77); was see under HEALTH SERVICES 1977-90  
X ABUSE OF HEALTH SERVICES  
X MISUSE OF HEALTH SERVICES  
X OVERUTILIZATION OF HEALTH SERVICES

ANNEXE 2 (e)

IMMUNOLOGIC DISEASES

HYPERSENSITIVITY

HYPERSENSITIVITY, IMMEDIATE

RESPIRATORY HYPERSENSITIVITY

ALVEOLITIS, EXTRINSIC ALLERGIC

BIRD FANCIER'S LUNG

BIRD FANCIER'S LUNG

FARMER'S LUNG

ASPERGILLOSIS, ALLERGIC

BRONCHOPULMONARY

ASTHMA

HAY FEVER

RHINITIS, ALLERGIC, PERENNIAL

SERUM SICKNESS

IMMUNE COMPLEX DISEASE

URTICARIA

ANGIONEUROTIC EDEMA

VASCULITIS, ALLERGIC CUTANEOUS

PHOTOSENSITIVITY DISORDERS

WISSLER'S SYNDROME

IMMUNOLOGIC DEFICIENCY SYNDROMES

AGAMMAGLOBULINEMIA

ATAXIA TELANGIECTASIA

DIGEORGE SYNDROME

DYSGAMMAGLOBULINEMIA

HTLV INFECTIONS

HIV INFECTIONS

← ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME

AIDS-ASSOCIATED NEPHROPATHY

AIDS DEMENTIA COMPLEX

AIDS-RELATED COMPLEX

← HIV SEROPOSITIVITY

HTLV-I INFECTIONS

LEUKEMIA-LYMPHOMA, T-CELL, ACUTE,

HTLV-I-ASSOCIATED

HTLV-II INFECTIONS

LEUKEMIA, T-CELL,

HTLV-II-ASSOCIATED

LYMPHOPENIA

PHAGOCYTE BACTERICIDAL DYSFUNCTION

CHEDIAK-HIGASHI SYNDROME

ALEUTIAN MINK DISEASE

GRANULOMATOUS DISEASE, CHRONIC

JOB'S SYNDROME

WISKOTT-ALDRICH SYNDROME

IMMUNOPROLIFERATIVE DISORDERS

HYPERGAMMAGLOBULINEMIA

MONOCLONAL GAMMOPATHIES, BENIGN

LYMPHOPROLIFERATIVE DISORDERS

GIANT LYMPH NODE HYPERPLASIA

IMMUNOBLASTIC LYMPHADENOPATHY

IMMUNOPROLIFERATIVE SMALL

INTESTINAL DISEASE

INFECTIOUS MONONUCLEOSIS

LEUKEMIA, HAIRY CELL

LEUKEMIA, LYMPHOCTIC

LEUKEMIA, MYELOID

C20.543.480.680.75.125	C8.674.55.	C21.447.125
C20.543.480.680.75.365	C8.674.55.	C21.447.80.
C20.543.480.680.85	C1.703.78.	C8.381.472.
	C8.674.60	C8.730.435.
C20.543.480.680.95	C8.127.108	C8.381.495.
	C8.674.95	
C20.543.480.680.425	C8.460.799.	C8.674.425
	C9.603.799.	
C20.543.480.680.791	C8.460.799.	C8.674.810
	C9.603.799.	
C20.543.480.770		
C20.543.480.770.510	C17.174.948	
C20.543.480.904	C14.907.79	C17.174.948.
C20.543.480.904.282	C14.907.940.	C17.952
C20.543.480.920	C17.608	
C20.543.667	C5.550.114.	C5.799.825.
C20.543.928	C17.257.823	
C20.673	C15.378.147.	C15.604.515.
C20.673.88	C10.228.140.	C14.907.823.
C20.673.290		
C20.673.340	C15.378.147.	
C20.673.430	C2.782.815.	
C20.673.483	C2.782.815.	C2.782.815.
C20.673.483.440		
C20.673.483.440.40	C2.782.815.	C2.782.815.
	C2.800.801.	C2.839.40
C20.673.483.440.50	C2.782.815.	C2.782.815.
	C12.777.419.	
C20.673.483.440.70	C2.782.815.	C2.782.815.
	C2.800.801.	C2.839.70
	C10.228.228.	F3.709.680.
C20.673.483.440.80	C2.782.815.	C2.782.815.
	C2.800.801.	C2.839.80
C20.673.483.440.500	C2.782.815.	C2.782.815.
C20.673.483.470	C2.782.815.	
C20.673.483.470.300	C1.782.815.	C4.557.337.
	C4.557.337.	
C20.673.483.480	C1.782.815.	
C20.673.483.480.350	C2.782.815.	C4.557.337.
	C4.557.337.	
C20.673.627	C15.378.553.	
C20.673.774	C15.378.553.	
C20.673.774.257	C2.839.91	C22.62
C20.673.774.257.270	C15.378.553.	
C20.673.774.535	C15.378.553.	
C20.673.774.535.500	C15.378.463.	C15.378.463.
C20.673.972	C17.827.926	
C20.683	C15.378.147.	
C20.683.460	C15.378.147.	C20.683.780.
C20.683.460.640	C15.604.515	
C20.683.515	C4.400	C15.604.515
C20.683.515.250	C15.604.515.	
C20.683.515.501		
C20.683.515.512	C4.557.386.	C6.405.469.
	C15.378.147.	C15.604.515.
	C20.683.780.	
C20.683.515.515	C2.256.466.	C15.378.553.
	C15.604.515.	
C20.683.515.517	C4.557.337.	C15.604.515.
C20.683.515.528	C4.557.337.	C15.604.515.
C20.683.515.639	C4.557.337.	C15.378.190.

IMMUNOLOGIC DISEASES

IMMUNOPROLIFERATIVE DISORDERS

LYMPHOPROLIFERATIVE DISORDERS

LEUKEMIA, MYELOID

LEUKEMIA, MYELOCTIC, ACUTE

LEUKEMIA, MYELOCTIC, ACUTE

LEUKEMIA, PLASMACYTIC

LYMPHANGIOMYOMA

LYMPHOMA

HODGKIN'S DISEASE

LYMPHOMA, NON-HODGKIN'S

LYMPHOMA, B-CELL

BURKITT'S LYMPHOMA

LYMPHOMA, SMALL-CELL

LYMPHOMA, DIFFUSE

LYMPHOMA, LARGE-CELL, DIFFUSE

LYMPHOMA, LARGE-CELL, IMMUNOBLASTIC

LYMPHOMA, LYMPHOBLASTIC

LYMPHOMA, MIXED-CELL, DIFFUSE

LYMPHOMA, SMALL CLEAVED-CELL, DIFFUSE

LYMPHOMA, SMALL LYMPHOCTIC

LYMPHOMA, SMALL NONCLEAVED-CELL

LYMPHOMA, FOLLICULAR

LYMPHOMA, LARGE-CELL, FOLLICULAR

LYMPHOMA, MIXED-CELL, FOLLICULAR

LYMPHOMA, SMALL CLEAVED-CELL, FOLLICULAR

LYMPHOMA, HIGH-GRADE BURKITT'S LYMPHOMA

C20.683.515.639.612
C20.683.515.695
C20.683.515.710
C20.683.515.761
C20.683.515.761.355
C20.683.515.761.480
C20.683.515.761.480.150
C20.683.515.761.480.150.165

C20.683.515.761.480.150.700

C20.683.515.761.480.300

C20.683.515.761.480.300.300

C20.683.515.761.480.300.450

C20.683.515.761.480.300.475

C20.683.515.761.480.300.500

C20.683.515.761.480.300.725

C20.683.515.761.480.300.750

C20.683.515.761.480.300.775

C20.683.515.761.480.350

C20.683.515.761.480.350.350

C20.683.515.761.480.350.525

C20.683.515.761.480.350.750

C20.683.515.761.480.425

C20.683.515.761.480.425.165

C4.557.337.	
C4.557.337.	
C4.557.690.	C15.604.515.
C4.557.386	C15.604.515.
C4.557.386.	C15.604.515.
C4.557.386.	C15.604.515.
C4.557.386.	C15.604.515.
C4.557.386.	C15.604.515.
C2.256.466.	C4.557.386.
C4.557.386.	C4.557.386.
C15.604.515.	C15.604.515.
C15.604.515.	C20.683.515.
C20.683.515.	
C4.557.386.	C4.557.386.
C15.604.515.	C15.604.515.
C20.683.515.	C15.604.515.
C20.683.515.	C15.604.515.
C4.557.386.	C4.557.386.
C4.557.386.	C4.557.386.
C15.604.515.	C15.604.515.
C20.683.515.	C20.683.515.
C4.557.386.	C4.557.386.
C4.557.386.	C4.557.386.
C15.604.515.	C15.604.515.
C20.683.515.	C20.683.515.
C4.557.386.	C4.557.386.
C4.557.386.	C4.557.386.
C15.604.515.	C15.604.515.
C20.683.515.	C20.683.515.
C4.557.386.	C4.557.386.
C4.557.386.	C4.557.386.
C15.604.515.	C15.604.515.
C20.683.515.	C20.683.515.
C4.557.386.	C4.557.386.
C4.557.386.	C4.557.386.
C15.604.515.	C15.604.515.
C20.683.515.	C20.683.515.
C4.557.386.	C4.557.386.
C4.557.386.	C4.557.386.
C15.604.515.	C15.604.515.
C20.683.515.	C20.683.515.
C4.557.386.	C4.557.386.
C4.557.386.	C4.557.386.
C15.604.515.	C15.604.515.
C20.683.515.	C20.683.515.

ANNEXE 3 (1)

## VIRUS DISEASES

DNA VIRUS INFECTIONS (NON MESH)  
PARVOVIRUS INFECTIONS

PARVOVIRUS INFECTIONS	C2.256.700		
FELINE INFECTIOUS ENTERITIS	C2.256.700.363		
POXVIRUS INFECTIONS	C2.256.743	C22.180.426	
COWPOX	C2.256.743.175		
ECTHYMA, CONTAGIOUS	C2.256.743.193	C22.836.289	
ECTROMELIA, INFECTIOUS	C2.256.743.239	C22.795.239	
FOWL POX	C2.256.743.366	C22.131.321	
LUMPY SKIN DISEASE	C2.256.743.494	C22.196.497	
MILKER'S NODES	C2.256.743.563		
MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	C2.256.743.611	C17.839.556	
MYXOMATOSIS, INFECTIOUS	C2.256.743.665	C22.627	
SMALLPOX	C2.256.743.826		
ALASTRIM	C2.256.743.826.269		
VACCINIA	C2.256.743.929		
WARTS	C2.256.925		
CONDYLOMATA ACUMINATA	C2.256.925.217		
EPIDERMODYPLASIA VERRUCIFORMIS	C2.256.925.345		
EXANTHEMA SUBITUM	C2.321		
EYE INFECTIONS, VIRAL	C2.325		
CONJUNCTIVITIS, VIRAL	C2.325.250		
CONJUNCTIVITIS, ACUTE HEMORRHAGIC	C2.325.250.250		
HERPES ZOSTER OPHTHALMICUS	C2.325.450		
KERATITIS, DENDRITIC	C2.325.475		
FATIGUE SYNDROME, CHRONIC	C2.330		
HEPATITIS, VIRAL, ANIMAL	C2.407		
HEPATITIS, INFECTIOUS CANINE	C2.407.432		
RIFT VALLEY FEVER	C2.407.810		
HEPATITIS, VIRAL, HUMAN	C2.440		
DELTA INFECTION	C2.440.270		
HEPATITIS A	C2.440.420		
HEPATITIS B	C2.440.435		
HEPATITIS, VIRAL, NON-A, NON-B	C2.440.951		
MENINGITIS, VIRAL	C2.587		
OPPORTUNISTIC INFECTIONS	C2.597		
SUPERINFECTION	C2.597.880		
PNEUMONIA, VIRAL	C2.705		
RNA VIRUS INFECTIONS (NON MESH)	C2.782		
ARENAVIRUS INFECTIONS	C2.782.82		
HEMORRHAGIC FEVER, AMERICAN	C2.782.82.440		
LASSA FEVER	C2.782.82.545		
LYMPHOCYTIC CHORIOMENINGITIS	C2.782.82.580		
BUNYAVIRUS INFECTIONS	C2.782.147		
HEMORRHAGIC FEVER, CRIMEAN	C2.782.147.444		
NAIROBI SHEEP DISEASE	C2.782.147.633		
PAPPATACI FEVER	C2.782.147.700		
RIFT VALLEY FEVER	C2.782.147.810		
CORONAVIRUS INFECTIONS	C2.782.225		
ENTERITIS, TRANSMISSIBLE, OF TURKEYS	C2.782.225.325		
GASTROENTERITIS, TRANSMISSIBLE, OF SWINE	C2.782.225.400		
EPHEMERAL FEVER	C2.782.292		
EQUINE INFECTIOUS ANEMIA	C2.782.327		
HEMORRHAGIC FEVERS, VIRAL	C2.782.417		
DENGUE	C2.782.417.214		

## VIRUS DISEASES

RNA VIRUS INFECTIONS (NON MESH)  
HEMORRHAGIC FEVERS, VIRAL  
HEMORRHAGIC FEVER, AMERICAN

HEMORRHAGIC FEVER, AMERICAN	C2.782.417.400		
HEMORRHAGIC FEVER, CRIMEAN	C2.782.417.412		
HEMORRHAGIC FEVER, EPIDEMIC	C2.782.417.415		
HEMORRHAGIC FEVER, OMSK	C2.782.417.435		
KYASANUR FOREST DISEASE	C2.782.417.475		
LASSA FEVER	C2.782.417.505		
MARBURG VIRUS DISEASE	C2.782.417.560		
RIFT VALLEY FEVER	C2.782.417.762		
ORTHOMYXOVIRUS INFECTIONS	C2.782.620		
FOWL PLAGUE	C2.782.620.375		
INFLUENZA	C2.782.620.505		
PARAMYXOVIRUS INFECTIONS	C2.782.660		
DISTEMPER	C2.782.660.285		
MEASLES	C2.782.660.585		
MUMPS	C2.782.660.625		
NEWCASTLE DISEASE	C2.782.660.645		
PARA-INFLUENZA	C2.782.660.725		
RINDERPEST	C2.782.660.815		
SUBACUTE SCLEROSING PANENCEPHALITIS	C2.782.660.862		
PICORNAVIRUS INFECTIONS	C2.782.687		
COMMON COLD	C2.782.687.207		
ENTEROVIRUS INFECTIONS	C2.782.687.359		
CONJUNCTIVITIS, ACUTE HEMORRHAGIC	C2.782.687.359.201		
COXSACKIEVIRUS INFECTIONS	C2.782.687.359.213		
HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE	C2.782.687.359.213.331		
HERPANGINA	C2.782.687.359.213.466		
PLEURODYNIA, EPIDEMIC	C2.782.687.359.213.737		
ECHOVIRUS INFECTIONS	C2.782.687.359.347		
ENCEPHALOMYELITIS, ENZOOTIC	C2.782.687.359.456		
PORCINE POLIOMYELITIS	C2.782.687.359.764		
POLIOMYELITIS, BULBAR	C2.782.687.359.764.614		
POSTPOLIOMYELITIS SYNDROME	C2.782.687.359.764.650		
SWINE VESICULAR DISEASE	C2.782.687.359.855		
FOOT-AND-MOUTH DISEASE	C2.782.687.484		
RABIES	C2.782.750		
REOVIRUS INFECTIONS	C2.782.791		
AFRICAN HORSESICKNESS	C2.782.791.142		
BLUE TONGUE	C2.782.791.315		
COLORADO TICK FEVER	C2.782.791.482		
ROTAVIRUS INFECTIONS	C2.782.791.814		
RETROVIRUS INFECTIONS	C2.782.815		
AVIAN LEUKOSIS	C2.782.815.96		
AVIAN SARCOMA	C2.782.815.105		
HTLV INFECTIONS	C2.782.815.483		
HIV INFECTIONS	C2.782.815.483.440		
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME	C2.782.815.483.440.40		
AIDS-ASSOCIATED NEPHROPATHY	C2.782.815.483.440.50		
AIDS DEMENTIA COMPLEX	C2.782.815.483.440.70		
AIDS-RELATED COMPLEX	C2.782.815.483.440.80		



BASE DE DONNEES: MEDLINE

\*\*\*\*\*

Mise a jour de Avril (2eme periode)  
effectuee le 18/03/1991.  
Utilisez les mots cles 1991  
(Consultez le fichier vocabulaire,  
et verifiez les periodes ..MAJ)

PARAMETRES DE L'EDITION

NB DOCUMENTS A EDITER :

13

STRATEGIE DE RECHERCHE

-----

Question	:	2
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME		
Question	:	3
HIV SEROPOSITIVITY		
Question	:	4
HIV SEROPREVALENCE		
Question	:	5
2 OU 3 OU 4		
Question	:	6
5 ET ADOLESCENCE		
Question	:	7
6 ET PROGRAM EVALUATION		
Question	:	8
6 ET ADOLESCENT PSYCHOLOGY		
Question	:	9
6 ET HEALTH EDUCATION		
Question	:	10
6 ET HEALTH PROMOTION		
Question	:	11
6 ET ATTITUDE TO DEATH		
Question	:	12
6 ET ATTITUDE TO HEALTH		
Question	:	13
7 OU 8 OU 9 OU 10 OU 11 OU 12		
Question	:	14
13 ET REVIEW		
Question	:	15
14 ET (ENG/LA OU FRE/LA)		
Reponses :		13

### BASE DE DONNEES: MEDLINE

\*\*\*\*\*

Mise a jour de Avril (2eme periode)  
effectuee le 18/03/1991.  
Utilisez les mots cles 1991  
(Consultez le fichier vocabulaire,  
et verifiez les periodes ..MAJ)

### PARAMETRES DE L'EDITION

NB DOCUMENTS A EDITER :

24

### STRATEGIE DE RECHERCHE

Question	:	2		
ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME			→ 24140	reponses
Question	:	3		"
HIV SEROPOSITIVITY			→ 3430	"
Question	:	4		"
HIV SEROPREVALENCE			→ 245	"
Question	:	5		
2 OU 3 OU 4			→ 26007	reponses cumulees
Question	:	6		
5 ET ADOLESCENCE			→ 1906	
Question	:	7		
6 ET PROGRAM EVALUATION			→ 9	
Question	:	8		
6 ET ADOLESCENT PSYCHOLOGY			→ 23	
Question	:	9		
6 ET HEALTH EDUCATION			→ 255	
Question	:	10		
6 ET HEALTH PROMOTION			→ 13	
Question	:	11		
6 ET ATTITUDE TO DEATH			→ 2	
Question	:	12		
6 ET ATTITUDE TO HEALTH			→ 105	
Question	:	13		
7 OU 8 OU 9 OU 10 OU 11 OU 12			→ 324	
Question	:	14		
13 ET REVIEW			→ 14	
* Question	:	15		
14 ET (ENG/LA OU FRE/LA)			→ 13	(etape retenue) ref. documents commandes en differe
Question	:	16		
13 ET (ENG/LA OU FRE/LA)			→ 288	
Question	:	17		
16 ET EVALUATION? /TX			→ 7	(etape retenue, visualisee)
Question	:	18		
16 ET CAMPAIGN? /TX			→ 25	
Question	:	19		
18 SAUF (17 OU 15)			→ 22	
Question	:	20		
19 ET (ENG/LA OU FRE/LA)			→ 17	
Question	:	21		
* 17 OU 20			→ 24	(etape retenue) ref. doc. commandes en differe
Question	:	22		
21 SAUF 15			→ 24	

- Bull Pan Am Health Organ 1988;22(2):210-1
- Symposium on nutrition and AIDS.
- Bull Pan Am Health Organ 1989;23(1-2):206-7
- World AIDS summit in London.
- Bull Pan Am Health Organ 1989;23(1-2):234-6
- AIDS prevention through health promotion: a planning guide. Bull Pan Am Health Organ 1989;23(1-2):190-5
- The World Health Organization's Global Program on AIDS.
- Bull Pan Am Health Organ 1989;23(1-2):146-51
- The response to AIDS in the region of the Americas.
- Bull Pan Am Health Organ 1989;23(1-2):151-8
- PAHO guidelines for AIDS. Bull Pan Am Health Organ 1989;23(1-2):158-61
- First Pan American Teleconference on AIDS.
- Bull Pan Am Health Organ 1989;23(1-2):162-73
- Public information about AIDS in Brazil, the Dominican Republic, Haiti, and Mexico. Bond LS.
- Bull Pan Am Health Organ 1989;23(1-2):86-94
- The Canadian national AIDS program. Clayton AJ, et al. Bull Pan Am Health Organ 1989;23(1-2):115-20
- Army health workers for the AIDS challenge. Tarantola D. Bull Pan Am Health Organ 1989;23(1-2):181-7
- Knowledge about condoms and their use in less developed countries during a period of rising AIDS prevalence. Goldberg HL, et al. Bull WORLD Health Organ 1989; 97:83-91
- The gloves in dentistry's controversy [letter]
- Can Dent Assoc J 1989 Aug;55(8):610
- AIDS risk to dental personnel: a realistic approach. Daley TD. Can Dent Assoc J 1988 Nov;54(11):825-8
- To shave or not to shave [letter] Freedman GL.
- Can Dent Assoc J 1989 Feb;55(2):220
- Re: AIDS and gloves [letter] Hardie J.
- Can Dent Assoc J 1989 Feb;55(2):107
- Universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and other bloodborne pathogens in health-care settings.
- Can Dis Wkly Rep 1988 Jul 9;14(27):117-24 (Eng, Fre)
- Universal precautions. Report of a Consensus Committee Meeting. Can Dis Wkly Rep 1989 Feb 4;15(5):23-8 (Eng, Fre)
- Travel restrictions and HIV antibody screening. William C, et al. Can Dis Wkly Rep 1988 Jul 2;14(26):116 (Eng, Fre)
- Managing the AIDS epidemic: the Canadian report contd. Walters D. Can J Public Health 1988 Sep-Oct;79(5):293-7 (Eng, Fre)
- Universal precautions for preventing transmission of bloodborne pathogens in health care facilities: report of a consensus committee meeting. Can Med Assoc J 1989 Apr 1;140(7):824-8 (3 ref.)
- Mass testing for HIV infection [letter] Darby FW.
- Can Med Assoc J 1988 Nov 1;139(9):824-5
- Beyond latex: is AIDS education becoming too explicit? Helwig D. Can Med Assoc J 1989 Apr 1;140(7):838-9
- Informed consent to HIV testing [letter] Parker IE.
- Can Med Assoc J 1989 Feb 1;140(3):262
- Importance of counseling in HIV antibody testing. Soskolne CL. Can Med Assoc J 1988 Oct 15;139(8):709-10
- HIV biology and pathways to AIDS prevention. De La Loma A. Chemioterapia 1987 Jun;6(4) Suppl:629-31 (0 ref.)
- Educating about AIDS. JAMA 1988 Jul-Aug;261(7):43-4
- Contact lens disinfection to prevent transmission of viral disease. Pepose IS. CLAO J 1988 Jul-Sep;14(3):165-8 (36 ref.)
- HIV-related beliefs, knowledge, and behaviors among high school students. Clin Pediatr (Phila) 1989 Jun;28(6):284
- AIDS policy—local realities and federal responsibilities. Myers WA Jr. Clin Res 1989 Jan;37(1):10-4
- AIDS: issues in developing national policy. Thier SO. Clin Res 1989 Jan;37(1):7-9
- A preventive law plan for the Colorado AIDS Control Law. Richards EP, et al. Colo Med 1989 Mar 1;86(5):78-80
- AIDS prevention and adolescents. Greig R, et al.
- Community Health Stud 1989;13(2):211-9 (84 ref.)
- Relationship of combinations of AIDS counselling and testing to safer sex and condom use in homosexual men. Ross MW. Community Health Stud 1988;12(3):322-7
- Auckland homosexual males and AIDS prevention: a behavioural and demographic description. Rosser BR. Community Health Stud 1988;12(3):328-38
- Development of new vaccines for AIDS. Garrison L, et al. Compr Ther 1989 Jul;15(7):47-55 (34 ref.)
- Safer drug use and AIDS [editorial] Novick A.
- Coas Med 1988 Nov;52(11):681-4
- Contraception and AIDS prevention [letter] Riphagen FE.
- Contraception 1989 May;39(5):577-8
- Research programs of the National Heart, Lung, and Blood Institute. Bethesda, Maryland, U.S.A. Roth CA, et al. Car Vasc 1989;31(2):81-9
- Preventive intervention programmes in adolescence: education in safe sexual behaviour for life? Einew J. Crisis 1989 Apr;10(1):75-87 (24 ref.)
- Current status of the development of an AIDS vaccine. Lasky LA. Crit Rev Immunol 1989;9(3):153-72 (118 ref.)
- AIDS as an occupational disease: whose right to know? Gostin L. Del Med J 1988 Sep;60(9):479-83
- Medical ethics: a rediscovered discipline [editorial]
- Lebanon M. Del Med J 1988 Sep;60(9):475, 523
- Operator safety and skin biopsy in HIV-seropositive patients [letter] Green ST, et al. Dermatologica 1988;177(4):247
- New journal devoted to AIDS. New York [news]
- Dimens Health Serv 1989 Jun;66(5):7
- Universal precautions. Health and Welfare Canada perspective. Campbell B. Dimens Health Serv 1988 Oct; 65(7):10-2
- Facing the AIDS reality [editorial] Chown E.
- Dimens Health Serv 1988 Oct;65(7):5-6 (Eng, Fre)
- AIDS and the otolaryngologist. Jaffe BW.
- Ear Nose Throat J 1988 Sep;67(9):624
- Inactivation of human immunodeficiency virus in serum specimens as a safety measure for diagnostic (immuno)assays. Ukkonen P, et al. Eur J Clin Microbiol Infect Dis 1988 Aug;7(4):518-23
- Do condoms measure up? [news] Fam Plann Perspect 1988 Jul-Aug;20(4):155
- Importance of being anonymous [news]
- Fam Plann Perspect 1989 Jan-Feb;21(1):5
- Marketing the condom [news] Fam Plann Perspect 1988 Jul-Aug;20(4):155-8
- A prospective trial of an anti-splatter device for the protection of endoscopic personnel from potentially AIDS-infective fluids. Laine L. Gastrointest Endosc 1988 Nov-Dec;34(6):470-1
- AIDS prevention: free condoms from an STD clinic in Copenhagen [letter] Karlsen T, et al. Genitourin Med 1989 Jun;65(3):196
- Oral contraceptives and AIDS: transmission risks and primary prevention research needs. Catania JA, et al. Gerontologist 1989 Jun;29(3):373-81 (58 ref.)
- The effectiveness of AIDS education. Sisk JE, et al. Health Aff (Millwood) 1988 Winter;7(5):37-51 (37 ref.)
- Grant Waich. Foundation funding for AIDS education. Wells JA, et al. Health Aff (Millwood) 1988 Winter;7(5):146-58
- Acquired immune deficiency syndrome (AIDS).
- Health Bull (Edinb) 1988 Sep;46(5):260-2
- Acquired immunodeficiency syndrome: realistic concerns and appropriate precautions. Gurevich I. Heart Lung 1989 Mar;18(2):107-12 (23 ref.)
- NAS research unit suggests ready access to condoms, drug treatment to halt AIDS spread [news]
- Hosp Community Psychiatry 1989 Jul;40(7):763-4
- APA guidelines cover AIDS precautions in outpatient services, HIV-infected psychiatrists [news]
- Hosp Community Psychiatry 1988 Dec;39(12):1317
- AAOHN opposes routine testing of patients for AIDS; reaffirms use of universal precautions [news]
- Hosp Community Psychiatry 1988 Sep;39(9):1008-9
- New videos for AIDS education. Alger I.
- Hosp Community Psychiatry 1988 Oct;39(10):1036-7, 1043
- Acquired immune deficiency syndrome. Bear JW, et al. Hosp Community Psychiatry 1988 Sep; 39(9):986-8
- A model for implementing AIDS education in a drug abuse treatment setting. Galea RP, et al.
- Hosp Community Psychiatry 1988 Aug;39(8):886-8
- Warning third parties at risk of AIDS: APA's policy is a barrier to treatment. Perry S.
- Hosp Community Psychiatry 1989 Feb;40(2):158-61
- Practices reported by incarcerated drug abusers to reduce risk of AIDS. Valdeserni EV, et al.
- Hosp Community Psychiatry 1988 Sep;39(9):966-72
- Warning third parties at risk of AIDS: APA's policy is a reasonable approach. Zouana H.
- Hosp Community Psychiatry 1989 Feb;40(2):162-4
- Self-interest vs cosmic concern [letter] Ramahi TM.
- Hosp Pract [Off] 1989 Apr 15;24(4):23
- States have one goal, many paths, to fight AIDS. Eubanks P. Hospitals 1988 Oct 20;62(10):68
- Hospital's demand for AIDS test is upheld. Holthaus D. Hospitals 1989 May 20;63(10):60, 62
- AIDS precautions: compliance difficult to enforce. Koska MT. Hospitals 1989 Sep 5;63(17):58, 60
- More on AIDS autopsies: the importance of compliance with universal precautions [letter] Simons EL. Hum Pathol 1989 Jan;20(1):92-3
- World Summit of ministers of health on programmes for AIDS prevention [news] Hygie 1988 Jun;7(2):39-40
- AIDS prevention and control. Hygie 1988 Sep;7(3):1-47
- International Union for Health Education (IUHE). Policy statement. Assuring that all people receive effective education about AIDS. Hygie 1988 Sep;7(3):4-5
- Inter-Regional Workshop on the Surveillance and Control of AIDS [news] Hygie 1988 Sep;7(3):46
- A project in Zambia: talking to children about AIDS. Baker K. Hygie 1988 Sep;7(3):25-7
- Reaching adolescents in school in Denmark about AIDS. de Metzgaard L. Hygie 1988 Sep;7(3):32-3
- School health education to prevent the spread of AIDS: overview of a national programme. Kolbe L, et al. Hygie 1988 Sep;7(3):10-4
- AIDS education [editorial] Kolbe LJ, et al. Hygie 1988 Sep; 7(3):3
- AIDS prevention campaigns and control programme at the "Universiade 87" international student sports games, Zagreb 1987. Lang S, et al. Hygie 1988 Sep;7(3):34-5
- The global AIDS strategy. Mann J. Hygie 1988 Sep;7(3):6-7
- National planning for AIDS education. Meyer AJ. Hygie 1988 Sep;7(3):8-9
- Health promotion and AIDS: challenge to primary care. Pichetrack FG. Hygie 1988 Jun;7(2):23-7
- AIDS prevention. Facts from the countries... Sherry C. Hygie 1988 Sep;7(3):38-41
- Finnish response to HIV infection. Tikkanen J, et al.
- Hygie 1988 Sep;7(3):28-31
- The European experience: public education with regards to AIDS prevention. Wajng S. Hygie 1988 Sep;7(3):16-20
- Limiting HIV infectivity with peptides [letter] Torenson R, et al. Immunol Today 1988 Sep;9(9):255-6
- Emergency physicians speak out on AIDS [news]
- Indiana Med 1988 Sep;81(9):812
- University precautions "Earliffed" [letter] Manian FA.
- Infect Control Hosp Epidemiol 1988 Aug;9(8):343-4
- Prevention of HIV transmission. Wolfy CB.
- Infect Dis Clin North Am 1988 Jun;2(2):307-19 (59 ref.)
- How efficient is "safer sex" in preventing HIV infection? Frössner GG. Infection 1989 Jan-Feb;17(1):1-3
- Mandatory HIV testing. Buntin DM. Int J Dermatol 1988 Jul-Aug;27(6):377-8
- HIV protocol for the pediatric otolaryngology office. Munz HR, et al. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1989 Feb; 17(1):13-7
- WHO/ILO: statement on AIDS in the workplace [news]
- Int Nurs Rev 1988 Sep-Oct;35(5):124
- ICN offers AIDS expertise [news] Int Nurs Rev 1989 Mar-Apr;36(2):35
- AIDS prevention program. Iowa Med 1989 Jun;79(6):296
- Right to life should prevail [letter] Berryhill CE.
- Iowa Med 1988 Oct;78(10):485
- Options for HIV vaccine for a GL.
- J Acquir Immune Defic Syndr 1988;1(3):295-303
- AIDS information campaign has significantly reduced risk factors for HIV infection in Italian drug abusers. Borlotolotti F, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 1988;1(4):412-3
- The multiple benefits of an AIDS control program [letter]
- Pruas AS. J Acquir Immune Defic Syndr 1988;1(4):415
- Why don't intravenous drug users use condoms? [letter] Jones C, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 1989;2(4):416-7
- Health outreach and control of HIV infection in Kenya. Ngugi EN, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 1988; 1(6):366-70
- Education in preventing HIV infection in Greek registered prostitutes. Papageorgiou G, et al.
- J Acquir Immune Defic Syndr 1988;1(4):386-9
- The natural history of human immunodeficiency virus infection in screened HIV positive U.S. Air Force personnel: a preliminary report. Reid MJ, et al. J Acquir Immune Defic Syndr 1988;1(5):508-15
- AIDS prevention and education. Recommendations of the Work Group. J Adolesc Health Care 1989 May;10(3 Suppl):455-475
- Adolescents and AIDS. Excerpts from address.
- Able-Petersen T. J Adolesc Health Care 1989 May;10(3 Suppl):85-98
- Ethical and legal issues in research and intervention. Melton GB. J Adolesc Health Care 1989 May;10(3 Suppl):365-445 (48 ref.)
- Adolescents and AIDS. Excerpts from address.
- Aldrow-Stith D. J Adolesc Health Care 1989 May;10(3 Suppl):59-78
- Adolescents and AIDS. Female's attitudes and behaviors toward condom purchase and use. Rickert VL, et al. J Adolesc Health Care 1989 Jul;10(4):313-6
- General statement on institutional response to AIDS revised January 1988. Task Force on the Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS). Keeling RP. J Am Coll Health 1988 Nov;37(3):121-5
- Susceptibility to AIDS: what college students do and don't believe. Manning D, et al. J Am Coll Health 1989 Sep; 38(2):67-73
- Condom sales at public universities in California: implications for campus AIDS prevention. Richwald GA, et al. J Am Coll Health 1989 May;37(6):472-7
- Salvatory inhibition of HIV-1 infectivity: functional properties and distribution in men, women, and children. Fox PC, et al. J Am Dent Assoc 1989 Jun;118(6):709-11
- Preventing AIDS [letter] Fourcroy J.
- J Am Med Wom Assoc 1988 Sep-Oct;43(5):130
- Why mandatory HIV antibody screening cannot work. Wilson RJ. J Am Optom Assoc 1989 Jun;60(6):447-52
- New Jersey's approach to AIDS. Barniah M, et al. J Am Osteopath Assoc 1988 Sep;88(9):1091-4
- The physician's role in the prevention of AIDS. Calabrese LH, et al. J Am Osteopath Assoc 1988 Jul;88(7):577-90 (22 ref.)
- AIDS prevention. J Arkansas Med Soc 1989 Mar; 85(10):450-2
- AIDS in Arkansas. AIDS 1988. Boswell RN.
- J Arkansas Med Soc 1988 Jul;85(2):73-85 (0 ref.)
- AIDS: the Arkansas experience. Providing AIDS education to a vulnerable population: high school and college students. Fiestein EM, et al. J Arkansas Med Soc 1989 Mar; 85(10):460-3
- Update: September 1988. AIDS and adolescents: the need for prevention. Gottlieb A, et al. J Arkansas Med Soc 1988 Sep;85(4):157-60
- Medical students who care. Fighting AIDS Through Education. Henderson VL, et al. J Arkansas Med Soc 1988 Nov;85(6):237-9
- Sexual behaviour, contraceptive practice and knowledge of AIDS of Oxford University students. Turner C, et al. J Hygiene Sci 1988 Oct;20(4):445-51
- Needle exchange and the prevention of AIDS [editorial]
- Imperato PJ. J Community Health 1989 Summer;14(2):61-3
- Behavioral intervention to reduce AIDS risk activities. Kelly JA, et al. J Consult Clin Psychol 1989 Feb;57(1):60-7

Precautions reported to be used against cross-infection and attitudes to the dental treatment of HIV-positive patients in routine clinical dental practice in Scotland. Pitts NB, et al. *J Dent* 1988 Dec;16(6):258-63

A human serum mannose-binding protein inhibits in vitro infection by the human immunodeficiency virus. Ezekowitz RA, et al. *J Exp Med* 1989 Jan;169(1):185-96

AIDS prevention in primary care clinics: testing the market. Mathews WC, et al. *J Gen Intern Med* 1989 Jan-Feb;4(1):34-8

Reducing the risk of AIDS through methadone maintenance treatment. Ball JC, et al. *J Health Soc Behav* 1988 Sep;29(3):214-26

Prophylactic zidovudine after occupational exposure to the human immunodeficiency virus: an interim analysis. Henderson DK, et al. *J Infect Dis* 1989 Aug;160(2):321-7

What about mandatory AIDS testing? Frierson RL, et al. *J Ky Med Assoc* 1989 Feb;87(2):66-71

An avoidable occupational hazard during mastoid surgery. Lannigan FJ, et al. *J Laryngol Otol* 1989 Jun;103(6):566

AIDS and the response of organized medicine. Bristolow LR. *J Leg Med* 1989 Mar;10(1):11-7

AIDS and medical education. Burnsade JW. *J Leg Med* 1989 Mar;10(1):19-27

Formulating AIDS policy. Eldridge FM. *J Leg Med* 1988 Dec;9(4):519-27 (33 ref.)

AIDS public health law. Falk TC. *J Leg Med* 1988 Dec;9(4):529-46

AIDS—the leprosy of the 1980s. Is there a case for quarantine? Gregory DR. *J Leg Med* 1988 Dec;9(4):547-60

AIDS and the law. A summary and conclusion. Hirsch HL. *J Leg Med* 1989 Mar;10(1):169-210

Constitutional law. Substantive, equal opportunity, and the individual diagnosed with HIV. Howlwell EE, et al. *J Leg Med* 1988 Dec;9(4):561-71

HIV screening, ethical, and legal issues. Howard J. *J Leg Med* 1988 Dec;9(4):501-10

AIDS: a plague on institutional health policy development. James AN, et al. *J Leg Med* 1989 Mar;10(1):65-75

Outreach and counseling efforts for high risk partners of HIV infected individuals. Margolis S. *J Leg Med* 1989 Mar;10(1):59-64

The legal implications of AIDS. The Canadian experience. Shekter RH, et al. *J Leg Med* 1989 Mar;10(1):155-67 (18 ref.)

AIDS and the criminal justice system. Sinkfield RH, et al. *J Leg Med* 1989 Mar;10(1):103-25 (87 ref.)

AIDS at the frontier. United States immigration policy. Wolchok CL. *J Leg Med* 1989 Mar;10(1):127-42

American Medical Association preliminary candidate questionnaire. Questionnaire on health and related topics. Ward JC Jr. *J Med Assoc Ga* 1988 Jul;77(7):573-5

AIDS and cardiovascular surgery products [news]. *J Med Eng Technol* 1988 Jul-Aug;12(4):185-6

Legal AIDS: implications of AIDS and HIV for British and American law. Orr A. *J Med Ethics* 1989 Jun;15(2):61-7

Psychosocial ethical aspects of AIDS. Ross MW. *J Med Ethics* 1989 Jun;15(2):74-81

Nonhuman primates and the acquired immunodeficiency syndrome: a union of necessity. Fuittz FN. *J Med Primatol* 1989;18(2):73-83 (49 ref.)

White House physician Lee to be active in health policy. Anderson LF. *J Natl Cancer Inst* 1989 May;81(9):659-60

Sex therapy, intimacy, and the role of the black physician in the AIDS era. Butts JD. *J Natl Med Assoc* 1988 Aug;80(8):919-22

Creating a safe environment in the AIDS era. Hodges LC, et al. *J Neurosci Nurs* 1988 Oct;20(5):329-32

AIDS education and training centers [news]. *J Nurs Adm* 1989 Apr;19(4):5, 19

Knowledge, attitudes, and beliefs of HIV seronegative women about AIDS. Hayes CE, et al. *J Nurse-Midwifery* 1989 Sep-Oct;34(5):291-5

Adapting universal precautions in a CNM service. Zeldenstein L. *J Nurse-Midwifery* 1989 Sep-Oct;34(5):280-3

HIV precautions update [letter] Wiley K.

*J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 1988 Sep-Oct;17(5):305

Human immunodeficiency virus and the health care worker [editorial] Lewy R. *J Occup Med* 1989 Jun;31(6):535

A study of the rate of postexposure human immunodeficiency virus testing in a hospital requiring written informed consent. Miller PJ, et al. *J Occup Med* 1989 Jun;31(6):524-7

HIV infections become reportable on June 1 [news]. *J Okla State Med Assoc* 1989 May;81(5):295

State agencies unite against AIDS: open new OK-CARE office in OKC [news]. *J Okla State Med Assoc* 1989 Apr;82(4):171

Partner notification in the prevention of AIDS and HIV infection. *J Okla State Med Assoc* 1988 Nov;81(11):691

Prevention of HIV infection. Harkins JR, et al. *J Okla State Med Assoc* 1988 Oct;81(10):635-7

Adolescents and AIDS prevention. Johnson J. *J Okla State Med Assoc* 1988 Dec;81(12):735-6

Infection control measures for human immunodeficiency virus (HIV): universal precautions. Rettig PJ. *J Okla State Med Assoc* 1988 Sep;81(9):575-6

Commentary on adolescent acquired immunodeficiency syndrome: the next wave of the human immunodeficiency virus epidemic? Heintz K. *J Pediatr* 1989 Jan;114(1):144-9

AIDS: not deficient but immune [letter] Clarke WL, et al. *J R Coll Gen Pract* 1987 Nov;37(304):510-1

General practitioners: prevention of HIV disease/AIDS [letter] Moss TR, et al. *J R Coll Gen Pract* 1988 Jul;38(312):324

AIDS—is general practice meeting the challenge? [letter] Sibbald B, et al. *J R Coll Gen Pract* 1988 Jan;38(306):32

AIDS and drug addiction needle exchange schemes [letter] Loza N. *J R Soc Med* 1989 Feb;82(2):123

Newborn screening for HIV antibody [editorial] DiSalvo AF, et al. *J S C Med Assoc* 1989 Apr;85(4):208-9

Instruction about AIDS within the school curriculum. A position paper by the Coalition of National Health Education Organizations. *J Sch Health* 1988 Oct;58(8):323

A theoretical approach to school-based HIV prevention. Alesworth DD, et al. *J Sch Health* 1989 Feb;59(2):59-65 (43 ref.)

HIV infection: educational programs and policies for school personnel. Black JL, et al. *J Sch Health* 1988 Oct;58(8):317-22

AIDS education through schools: an address by Mary H. Futrell. Futrell MH. *J Sch Health* 1988 Oct;58(8):324-6

Library resources to prevent the spread of HIV. Kerr DL. *J Sch Health* 1988 Nov;58(9):388

Forum addresses HIV education for children and youth with special education needs. Kerr DL. *J Sch Health* 1989 Mar;59(3):129

The Canada Youth and AIDS Study. Kerr DL. *J Sch Health* 1989 Feb;59(2):86

Presidential Commission releases report on the HIV epidemic. Kerr DL. *J Sch Health* 1988 Sep;58(7):306

Pediatric guidelines for infection control of HIV (AIDS virus) in schools and day care settings. Kerr DL. *J Sch Health* 1988 Dec;58(10):419-29

New videos address AIDS. Kerr DL. *J Sch Health* 1988 Aug;58(6):239

HIV education within comprehensive school health education: what does it mean? Kerr DL. *J Sch Health* 1989 Jan;59(1):39

Summary of ASHA members' results on the ASHA AIDS Education Needs Assessment. Kerr DL. *J Sch Health* 1988 Oct;58(8):315

Free condoms in the schools of Copenhagen, Denmark. Kjoller S, et al. *J Sch Health* 1989 Feb;59(2):66-8

AIDS education at the local level: the pragmatic issues. Lohmann DK. *J Sch Health* 1988 Oct;58(10):30-4

Ten consequences of the AIDS crisis for the health education profession. Rienzo BA, et al. *J Sch Health* 1988 Oct;58(8):335-8

A critical review of the physics and statistics of condoms and their role in individual versus societal survival of the AIDS epidemic. Gordon R. *J Sex Marital Ther* 1989 Spring;15(1):5-30 (139 ref.)

The ethics of pornography in the era of AIDS. Money J. *J Sex Marital Ther* 1988 Fall;14(3):177-83

A behavioral measure of AIDS information seeking by drug and alcohol inpatients. Kramer TH, et al. *J Subst Abuse Treat* 1989;6(2):83-5

Counseling regarding human immunodeficiency virus-antibody testing: an interactional method of knowledge and risk assessment. Weidington WW Jr, et al. *J Subst Abuse Treat* 1989;6(2):77-82

AIDS and your patients [letter] Crowder CG. *J Tenn Med Assoc* 1988 Dec;81(12):754

HIV transmission risk in the cytogenetics laboratory. *JAMA* 1988 Nov 4;260(17):2571

Testing source patient blood for HIV antibodies after accidental exposure of health care workers to blood and body fluids [letter] Bauer S. *JAMA* 1989 Sep 15;262(11):1470-1

Prospects for prevention of and early intervention against HIV. Bolognesi DP. *JAMA* 1989 May 26;261(20):3007-13 (69 ref.)

Methadone treatment and acquired immunodeficiency syndrome. Cooper JR. *JAMA* 1989 Sep 22-29;262(12):1664-8 (88 ref.)

Anti-HIV substances for rape victims [letter] Foster IM, et al. *JAMA* 1989 Jun 16;261(23):3407

Various approaches to AIDS vaccines begin to pierce the armor of virus [news] Goldsmith MF. *JAMA* 1989 Jul 7;262(1):113

Dec 1 designated World AIDS Day: message is Join the Worldwide Effort [news] Goldsmith MF. *JAMA* 1988 Nov 25;260(20):2969-70

Public health strategies for confronting AIDS. Legislative and regulatory policy in the United States [see comments] Gonn LO. *JAMA* 1989 Mar 17;261(11):1621-30 (151 ref.)

Comment in: *JAMA* 1989 Jul 14;262(2):208-9

Precautions against human immunodeficiency virus infection for workers in blood donor centers [letter] Lepare GF. *JAMA* 1988 Oct 21;260(15):2215

Duty to warn. Wein M. *JAMA* 1989 Mar 3;261(9):1355, 1360

Reporting of AIDS. Stratton WT. *Kans Med* 1988 Sep;89(9):222

AIDS: prevention, policies, and prostitutes [editorial]. *Lancet* 1989 May 20;(8647):1111-3

AIDS prevention strategies [news]. *Lancet* 1989 Jun 10;(8650):1341

Have an HIV test today [news]. *Lancet* 1989 Apr 1;(8640):741

HIV infection in drug misusers [news]. *Lancet* 1988 Oct 8;(28615):862

AIDS education [news]. *Lancet* 1989 Apr 8;(8641):797

IPPF guidance on HIV transmission [news]. *Lancet* 1988 Oct

152;(8616):918

National AIDS Trust [news]. *Lancet* 1988 Oct 15;2(8616):918

World AIDS Day [news]. *Lancet* 1988 Oct 22;2(8617):976

AIDS control in India [news]. *Lancet* 1988 Oct 29;2(8618):1035

Mass voluntary HIV testing [news]. *Lancet* 1988 Oct 29;2(8618):1035

AIDS education [news]. *Lancet* 1988 Oct 29;2(8618):1035-6

Prevention of AIDS [letter]. Braddick M, et al. *Lancet* 1989 Jun 24;(8652):1459

AIDS and intranasal heroin [letter]. French JF, et al. *Lancet* 1989 May 13;(8646):1082

AIDS after Montreal [letter]. Harvey JD. *Lancet* 1989 Sep 9;(8663):623-4

Clinical trials of zidovudine in HIV infection [letter]. Morris DJ. *Lancet* 1989 Sep 23;2(8665):734

Prevention of transmission of human immunodeficiency virus in Africa: effectiveness of condom promotion and health education among prostitutes. Nguni EN, et al. *Lancet* 1988 Oct 15;2(8616):887-90

Notification of HIV carriers: possible effect on uptake of AIDS testing. Ohi G, et al. *Lancet* 1988 Oct 22;2(8617):947-9

Intermittent high-dose zidovudine [letter]. Price LA, et al. *Lancet* 1989 Sep 23;2(8665):734

Effectiveness of condom use in preventing HIV infection in prostitutes [letter]. Roumeliotou A, et al. *Lancet* 1988 Nov 26;2(8622):1249

Influence of zidovudine on progression to AIDS in cohort studies [letter]. [see comments] Schechter MT, et al. *Lancet* 1989 May 6;(8645):1026-7. Comment in: *Lancet* 1989 Jul 15;2(8655):166

Cytomegalovirus infection and progression to AIDS [letter]. Webster A, et al. *Lancet* 1989 Sep 16;2(8664):681

Other views about AIDS prevention [letter]. MCN 1989 Jul-Aug;14(4):243

Putting on gloves to box out AIDS [editorial] Bishop BE. *Lancet* 1988 Sep-Oct;1(35):311

Evaluating the sexually active adolescent: identification of behavioral and biologic risk factors. McLean CS, et al. *Mid Med J* 1988 Dec;37(12):933-7

The role of a community-based health education program in the prevention of AIDS. Gorman M, et al. *Mid Am J* 1989 Mar;10(2-3):159-66

Coverage and readership of the U.S. Surgeon General's AIDS pamphlet in Los Angeles. Montgomery K, et al. *Mid Care* 1989 Jul;27(7):758-61

AIDS: is a safe vaccine readily available? Godin N. *Mid Hypotheses* 1989 Jan;28(1):3-5 (26 ref.)

Acquired immunodeficiency syndrome [letter; comment]. Crompton DG. *Mid J Amst* 1989 Jul 17;151(2):111-2

Comment on: *Mid J Amst* 1989 Apr 3;150(7):353-4

Health care for health-care workers [letter]. Flander L. *Mid J Amst* 1988 Nov 21;149(10):564-5

Influence of human immunodeficiency virus antibody testing on sexual behaviour in a "high-risk" population from a "low-risk" city. Frazer IH, et al. *Mid J Amst* 1988 Oct 3;149(7):365-8

AIDS education [letter]. McCann M, et al. *Mid J Amst* 1988 Oct 17;149(8):445

A report on the National Advisory Committee on the Acquired Immunodeficiency Syndrome's workshop on human immunodeficiency virus infection and intravenous drug abuse. Wodak A, et al. *Mid J Amst* 1988 Oct 3;149(7):373-5

The fight against AIDS: a MSMS progress report. Bryant FW. *Mich Med* 1988 Sep;87(9):557-62

AIDS story disturbing [letter]. Jodar LW. *Mich Med* 1989 Feb;88:2-7

Staff at Red Lake Hospital designed, implemented, and evaluated a staff training program on AIDS [letter]. Kutch JM Jr, et al. *Mich Med* 1988 Dec;153(12):650-1

AIDS guidelines for emergency workers [news]. *Mich Med* 1989 Apr;72(4):237

AIDS grant for "U." *Mich Med* 1989 Jan;72(1):48

AIDS: education is the answer [letter]. Strickland SR. *Mich Med* 1988 Dec;71(12):744

Coordinated community programs for HIV prevention among intravenous-drug users—California, Massachusetts. *MMWR* 1989 Jun 2;38(21):369-74

AIDS: recommendations and policy statements. *N C Med J* 1989 Mar;50(3):149-50

Task Force on Sexually Transmitted Diseases (STDs and AIDS) [editorial]. Schwartz JN. *N C Med J* 1989 Mar;50(3):118

Controlling AIDS in Cuba. The logic of quarantine. Bayer R, et al. *N Engl J Med* 1989 Apr 13;320(15):1022-4

Controlling AIDS in Cuba [letter]. Gorton AM, et al. *N Engl J Med* 1989 Sep 21;321(12):829-30

Disinfecting barbers' instruments [letter]. Koffler M, et al. *N Engl J Med* 1989 Feb 9;320(6):402

Protection for AIDS vaccine suits. *N J Med* 1989 May;86(5):338

Court will not order AIDS tests. *N J Med* 1989 May;86(5):337

Low occupational risk of AIDS [news]. *N Y J Dent* 1988 Sep-Oct;58(5):194

On infection control [letter]. Carl W. *N Y State Dent J* 1989 Jan;55(1):6, 8

Gloves and infection prevention [letter]. Ostreicher HP. *N Y State Dent J* 1988 Aug-Sep;54(7):6, 8

Battling AIDS through behavior modification [news]

*N Y State J Med* 19 Update: universal precautions for human immunodeficiency virus [news]. *N Y State J Med* 19 An AIDS education: Flasterud JH, et al. 88(12):632-7

Public education to prevent HIV infection. *N Y State J Med* 19 Occupational HIV risk. *N Z Med J* 1989 Mar;103(6):566

The ethics of safe sex. *Nature* 1989 Feb 8;102(861):

AIDS awareness week. Shaw V, et al. *N Z J Med* 1989 Jun;103(6):566

AIDS white paper [news]. No news is bad news. *N Z Med J* 1989 Jun;103(6):566

3415 test law [news]. Prospects for a vaccine. *Nature* 1989 Feb 8;102(861):

Congress passes bill to fund AIDS research. *Nature* 1988 Oct 20;336(6199):508

Paras AIDS reservoir. *Nature* 1988 Nov 3;356(6194)

Long-awaited French [news]. Coles P. *Nat* 1989 Feb 16;331(6199):508

First report on US AIDS. *Nature* 1989 Feb 16;331(6199):508

AIDS survey. No sex. *Nature* 1989 Feb 16;331(6199):508

UK government agrees Newmark P. *Nature* 1989 Feb 16;331(6199):508

President-elect Bush goes to the White House. *Nature* 1989 Feb 16;331(6199):508

World AIDS Day [news]. *Nature* 1989 Feb 16;331(6199):508

Simple device to reduce HIV infection: risks to control. *Nature* 1989 Feb 16;331(6199):508

Needed: effective nurse Miramontes H. *Nurs* 1989 Feb;29(2):103-10

Prenatal screening for HIV infection: purpose, [editorial] Duff P. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Routine antepartum HIV screening in an inner city. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Teenagers' awareness syndrome and the im [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Experts respond to pre [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

CDC's AIDS effort in [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Antiviral trial conducted [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Replacing the soft [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Gloves deserve approval. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Personal protection is [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

infection. *Young GS* 1989 Aug;38(8):41-3

AIDS vaccine study [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

AIDS: not the only [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Training today's health [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

The moral myths of [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

MacKool RJ. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Controlling risks of immunodeficiency virus [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Ophthalmology Clin [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

State funds counties [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Practical infection control [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

infection in ch [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Postnat Infect Dis [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

American Academy of [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

AIDS: Pediatric risk immunodeficiency virus in hospitals, medical [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Screening for AIDS [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

discussion [clinical [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Phases 1988 Summe [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

When we won't use [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Postnat Med 1989 [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

Notifying contacts of [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

use until health ager [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

SH, et al. *Postnat Med* 1989 Aug;73(8):1101-2

AIDS and HIV infecti [VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Aug;73(8):1101-2

8,232(1446):379-80

ANNEXE 5 (C)

1989

CUMULATED INDEX MEDICUS

ACQUIRED

*N Y State J Med* 1989 Feb;89(2):108  
 Update: universal precautions for prevention of transmission of human immunodeficiency virus, hepatitis B virus, and other bloodborne pathogens in health-care settings.  
*N Y State J Med* 1988 Dec;88(12):649-51  
 An AIDS education program for Vietnamese women.  
 Plankard JH, et al. *N Y State J Med* 1988 Dec; 88(12):632-7  
 Public education to prevent the spread of HIV infection.  
 Siegel K, N Y State J Med 1988 Dec;88(12):642-6  
 Occupational HIV risk [letter] Goldwater PN.  
*N Z Med J* 1989 May 10;102(867):231  
 The ethics of safe sex [letter] Prendergast B. *N Z Med J* 1989 Feb 8;102(841):52  
 AIDS awareness week and STD clinic attendances [letter] Shaw V, et al. *N Z Med J* 1988 Oct 12;101(855):641  
 AIDS white paper [news] *Nature* 1989 Jun 15;339(6225):497  
 No news is bad news [editorial] *Nature* 1989 Sep 14; 341(6238):87-8  
 AIDS test law [news] *Nature* 1989 Jun 16;337(6205):299  
 Progress for a vaccine against HIV. *Ada G. Nature* 1989 Jun 1;339(6223):331-2  
 Congress passes bill to fight AIDS [news] Anderson A. *Nature* 1988 Oct 20;335(6192):657  
 Condoms condemned [news] Coles P. *Nature* 1988 Dec 8; 334(6199):508  
 AIDS retrovirus conference [news] Coles P. *Nature* 1988 Nov 3;336(6194):8  
 Long-awaited French anti-AIDS campaign is launched [news] Coles P. *Nature* 1988 Nov 10;336(6195):98  
 First report on US AIDS behavior [news] Ezell C. *Nature* 1989 Feb 16;337(6208):589  
 AIDS survey. No sex pleas, we're Americans [news] Lindley D. *Nature* 1989 Aug 3;340(6232):331  
 UK government agrees to anonymous HIV testing [news] *Newmark P. Nature* 1988 Dec 1;336(6198):413  
 President-elect Bush gets some free advice on science policy [news] Palen J. *Nature* 1989 Jan 12;337(6203):104  
 World AIDS Day [news] Perlman L. *Nature* 1988 Dec 8; 336(6199):508  
 Simple device to reduce the risk of accidental needle puncture. Peores R, et al. *Nephron* 1989;52(2):186  
 HIV infection: risks to health care workers and infection control. Henderson DJ. *Nurs Clin North Am* 1988 Dec; 23(4):767-77 (53 ref.)  
 Needed: effective national policy on AIDS/HIV infection. *Miranowski H. Nurs Outlook* 1988 Nov-Dec;36(9):262-3. 296  
 Prevalent screening for human immunodeficiency virus infection: purpose, protocol, and pitfalls [editorial] Duff P. *Obstet Gynecol* 1989 Sep;74(3 Pt 1):403-4  
 Routine seroprevalent human immunodeficiency virus infection screening in an inner-city population. Lindsay MK, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Sep;74(3 Pt 1):289-94  
 Teenagers' awareness of the acquired immunodeficiency syndrome and the impact on their sexual behavior. Seitzer VL, et al. *Obstet Gynecol* 1989 Jul;74(1):55-9  
 Experts respond to proposal [news] *Occup Health Saf* 1989 Jul;58(7):12  
 CDC's AIDS effort marred [news] *Occup Health Saf* 1989 Feb;58(2):12  
 Astroviral trial conducted [news] *Occup Health Saf* 1989 Apr; 58(4):11  
 Replacing the 'soft' touch with the safe touch. Atkinson W. *Occup Health Saf* 1989 Jan;58(1):20-3. 34  
 Gloves deserve applause. Leary MM. *Occup Health Saf* 1988 Dec;57(13):20. 37  
 Personal protection is a vital issue in the fight against infection. Young GS, et al. *Occup Health Saf* 1988 Aug; 57(9):38. 41-3  
 AIDS vaccine study begins in England [news] *Ohle Med* 1989 Aug;35(8):596  
 AIDS: not the only infectious killer. Carlson MJ. *Ohle Med* 1989 Aug;35(8):625-7  
 Training today's health professionals about AIDS. Edwards KS. *Ohle Med* 1989 Feb;85(2):130-3  
 The moral myths of opium, AIDS, and MAACs [letter] MacKool RJ. *Ophthalmic Surg* 1988 Nov;19(11):825-6  
 Controlling risks of the possible transmission of human immunodeficiency virus. Notice of American Academy of Ophthalmology Clinical Alert 2/4. Lichter PR. *Ophthalmology* 1989 Jan;96(1):1  
 State funds counties for HIV counseling, testing [news] *Pa Med* 1989 Feb;92(2):22  
 Practical infection control for human immunodeficiency virus infection in children. Donowitz LG. *Pediatr Infect Dis J* 1989 Mar;8(3):133-5  
 American Academy of Pediatrics Task Force on Pediatric AIDS: Pediatric guidelines for infection control of human immunodeficiency virus (acquired immunodeficiency virus) in hospitals, medical offices, schools, and other settings. *Pediatrics* 1988 Nov;82(5):801-7  
 Screening for AIDS virus: what should we do? A panel discussion [clinical conference] Childers JF, et al. *Pediatrics* 1988 Summer;51(3):33-7  
 Why we won't see an AIDS vaccine. Grossman J. *Postgrad Med* 1989 Feb 1;85(2):31  
 Notifying contacts of HIV-infected patients. Strategies to see what health agencies assume responsibility. Isaacson SH, et al. *Postgrad Med* 1989 May 15;85(7):42-4. 53-5. 59  
 AIDS and HIV infection. Forster G. *Practitioner* 1988 Apr 8;132(1446):379-80  
 How AIDS affects women and children. Reader F. *Practitioner* 1988 Apr 22;232(1447):452-7  
 Risk reduction for transmission of human immunodeficiency virus in high-risk communities. Ostrow DG. *Psychiatr Med* 1989;7(2):79-96 (47 ref.)  
 Risk-taking, responsibility for health, and attitude toward avoiding AIDS. Neubauer BJ. *Psychol Rep* 1989 Jun;64(3 Pt 2):1255-60  
 Impact of health education on prostitutes' awareness and attitudes to acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Chikwem JO, et al. *Public Health* 1988 Sep;102(5):439-45  
 AIDS knowledge and attitudes in the black and Hispanic populations. *Public Health Rep* 1989 Jul-Aug;104(4):403-4  
 Report of the Second Public Health Service AIDS Prevention and Control Conference. *Public Health Rep* 1988;103 Suppl 1:1-109  
 Report of the Second Public Health Service AIDS Prevention and Control Conference. Report of the workgroup on vaccines. *Public Health Rep* 1988;103 Suppl 1:52-7  
 Report of the Second Public Health Service AIDS Prevention and Control Conference. Report of the workgroup on prevention: information, education, and behavior change. *Public Health Rep* 1988;103 Suppl 1:18-27  
 Students teaching AIDS to students: addressing AIDS in the adolescent population. Haven GG, et al. *Public Health Rep* 1989 Jan-Feb;104(1):75-9  
 AIDS knowledge and attitudes among adults in Vermont. Kappel S, et al. *Public Health Rep* 1989 Jul-Aug; 104(4):388-91  
 Correlates of participation in AIDS education and HIV antibody testing by methadone patients. Magura S, et al. *Public Health Rep* 1989 May-Jun;104(3):231-40  
 Developing strategies for AIDS prevention research with black and Hispanic drug users. Schilling RF, et al. *Public Health Rep* 1989 Jan-Feb;104(1):2-11 (102 ref.)  
 National Center for Health Statistics data line. Wolfson F. *Public Health Rep* 1989 Jan-Feb;104(1):99-100  
 Inactivation of HIV and safety precautions for the workplace. Saltzman BR, et al. *Recent Results Cancer Res* 1988; 112:75-83  
 HIV-specific cytotoxic T lymphocytes and their possible implications in the future vaccine against AIDS. Langlade-Demoyen P, et al. *Res Immunol* 1989 Jan; 140(1):95-9; discussion 119-20 (25 ref.)  
 AIDS education in the RSA [letter] Slabber CF. *S Afr Med J* 1989 Apr 1;75(7):348  
 Ensuring a safe hospital environment for health care workers. Murphy KK, S D J Med 1988 Nov;41(11):15-5  
 Needlesticks and HIV infection [editorial] Van Demark RE. *S D J Med* 1989 Mar;42(3):15  
 AIDS vaccines. Matthews TJ, et al. *Sci Am* 1988 Oct; 259(4):120-7 (4 ref.)  
 Flying blind. Wright K. *Sci Am* 1988 Feb;258(2):35-6  
 NIH offers AZT to exposed workers [news] Booth W. *Science* 1989 Mar 3;243(4895):1137  
 Congress passes first AIDS bill [news] Booth W. *Science* 1988 Oct 21;242(4877):367  
 Social engineers confront AIDS [news] Booth W. *Science* 1988 Dec 2;242(4883):1237-8  
 Leadership and AIDS [news] Booth W. *Science* 1989 Jan 13;243(4888):164  
 AIDS panel urges new focus [news] Byrne G. *Science* 1989 Feb 17;243(4893):887  
 Hope for AIDS vaccines [news] Cherfas J. *Science* 1989 Oct 6;246(4926):23-4  
 Circumcision may protect against the AIDS virus [news] Marx JL. *Science* 1989 Aug 4;245(4917):470-1  
 New hope on the AIDS vaccine front [news] Marx JL. *Science* 1989 Jun 16;244(4910):1254. 1256  
 Women infected with human immunodeficiency virus: counseling and testing during pregnancy. Holman S, et al. *Semin Perinatol* 1989 Feb;13(1):7-15  
 AIDS: methodological problems in studying its prevention and spread. Ankrab EM. *Soc Sci Med* 1989;29(3):265-76  
 Disease prevention models of voluntary confidential screening for human immunodeficiency virus (HIV). Gail MH, et al. *Stat Med* 1989 Jan;8(1):59-81  
 Training of LVNs, housekeeping staff, and other hospital employees. Askan E. *State Art Rev Occup Med* 1989;4 Suppl:51-9  
 Responses of health care advisory groups to HIV infection risks. Eickhoff TC. *State Art Rev Occup Med* 1989;4 Suppl:25-9  
 Disinfection, sterilization and decontamination procedures. Favero MS. *State Art Rev Occup Med* 1989;4 Suppl:35-8  
 HIV infection control issues concerning first responders and emergency physicians. Gelb A. *State Art Rev Occup Med* 1989;4 Suppl:61-4  
 Occupational HIV transmission: risk reduction. Gerberding JL. *State Art Rev Occup Med* 1989;4 Suppl:21-4  
 Infection control issues for the dental professional. Greenspan D. *State Art Rev Occup Med* 1989;4 Suppl:71-5 (16 ref.)  
 Infection control issues for laboratory personnel. Hadley WK. *State Art Rev Occup Med* 1989;4 Suppl:77-83 (19 ref.)  
 Universal precautions: CDC perspective. Hughes JM. *State Art Rev Occup Med* 1989;4 Suppl:13-20 (27 ref.)  
 Implementing universal body substance precautions. Jackson MM. *State Art Rev Occup Med* 1989;4 Suppl:39-44  
 HIV transmission to surgeons. Assessment of risk, infection control precautions, and standards of conduct. Schecter

**EXCERPTA MEDICA**

1 Molenwerf, 1014 AG Amsterdam  
P.O. Box 1527, 1000 BM Amsterdam,  
The Netherlands

**Board of Chief Editors**

J.B. Bijlsma  
A.J. Dunning  
G.E. Farrar  
P.J. Gaillard  
L.E. Meltzer  
P.J. Vinken

**Section 54  
AIDS  
(Acquired Immune  
Deficiency Syndrome)**

Advertisements can be placed in any of the Excerpta Medica Abstract Journals  
Full details of rates, copy dates, etc., are available from the Advertising Department,  
P.O. Box 211, 1000 AE Amsterdam, The Netherlands.

**Subscription Information**

**In the U.S.A.:**

Journal Information Center  
Elsevier Science Publishing Co. Inc.  
655 Avenue of the Americas  
New York, NY 10010  
U.S.A.  
(Tel: (212) 9895800)

**In other parts of the world:**

Journal Division  
Elsevier Science Publishers BV  
P.O. Box 211  
1000 AE Amsterdam  
The Netherlands  
(Telefax: (020) 5803769)

Orders may also be placed through any bookseller or subscription agency.  
Changes of address and claims for missing issues should be sent directly to the New York or Amsterdam offices. Claims for issues not received should be made within three months of publication of the issues. If not, they cannot be honoured free of charge. Information regarding microfilm availability or computer searches can be obtained from the New York and Amsterdam offices.

1989 subscription price Dfl. 739.00 for 1 volume of 10 issues, including postage and handling.

**Section 54. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome)**

**CONTENTS**

<b>1. GENERAL ASPECTS</b>	<b>1</b>
<b>2. BASIC RESEARCH</b>	<b>1</b>
2.1. HIV and related retroviruses	1
2.2. Drug and vaccine development	7
2.3. Immunology and pathogenesis	10
<b>3. DIAGNOSIS, DIAGNOSTIC PROCEDURES AND TECHNIQUES</b>	<b>14</b>
<b>4. TREATMENT</b>	<b>23</b>
4.1. HIV infection	24
4.2. Opportunistic infections	25
4.3. Psychology, counseling and patient care	26
<b>5. EPIDEMIOLOGY, PREVENTION AND EDUCATION</b>	<b>28</b>
<b>6. CLINICAL MANIFESTATIONS AND PATHOLOGY</b>	<b>38</b>
6.1. Oncology	39
6.2. Opportunistic infections	39
6.3. Functional disorders	42
<b>7. HEALTH POLICY, LEGAL AND ETHICAL ASPECTS</b>	<b>45</b>

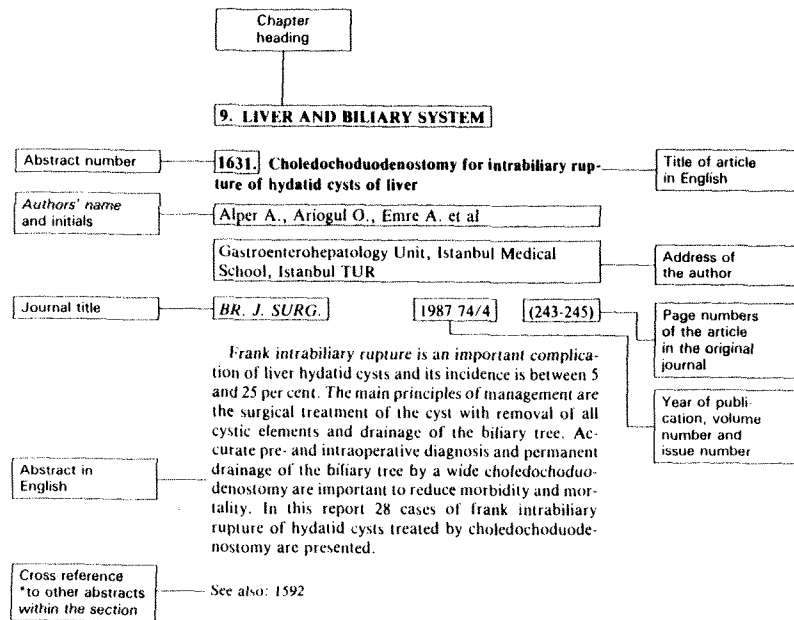
More information on the following subjects may be found in the other Excerpta Medica 'sections' (abstract bulletins and literature indexes) listed below.

<b>Topic</b>	<b>Section Title (No.)</b>	<b>Topic</b>	<b>Section Title (No.)</b>
<i>antibiotics and chemotherapeutics</i>	Pharmacology (30) Drug Literature Index (37) Adverse Reactions Titles (38) Clinical Pharmacology (130)	<i>immunology and serology</i>	Immunology, Serology and Transplantation (26) Internal Medicine (6)
<i>cancer</i>	cancer (16)	<i>neurology</i>	Neurology and Neurosurgery (8)
<i>dermatology</i>	Dermatology and Venereology (13)	<i>pathology</i>	General Pathology and Pathological Anatomy (5) Psychiatry (32)
<i>hygiene and public health</i>	Public Health, Social Medicine and Epidemiology (17)	<i>psychiatric aspects</i>	Psychiatry (32)
		<i>virology</i>	Virology (47)

More information on the contents of these publications may be obtained by writing to Excerpta Medica (Promotion Dept., P.O. Box 1527, 1000 BM Amsterdam, The Netherlands) or from your local medical librarian.

Avenue (6) (a)

## FORMAT OF ABSTRACT SECTION



© 1989, Elsevier Science Publishers BV (Biomedical Division), Amsterdam

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior written permission of the Publisher, Elsevier Science Publishers BV (Biomedical Division), P.O. Box 1527, 1000 BM Amsterdam, The Netherlands.

No responsibility is assumed by the Publisher for any injury and/or damage to persons or property as a matter of products liability, negligence or otherwise, or from any use or operation of any methods, products, instructions or ideas contained in the material herein. Because of rapid advances in the medical sciences, we recommend that independent verification of diagnosis and drug dosages should be made.

Although all advertising material is expected to conform to ethical (medical) standards, inclusion in this publication does not constitute a guarantee or endorsement of the quality or value of such product or of the claims made of it by its manufacturer.

## 1. GENERAL ASPECTS

**1. Human immunodeficiency virus as a possible cofactor in the development of fulminant hepatitis B in intravenous drug abusers** - Lange W.R., Moore J.D., Cibull M.L. and Brutsche R.L. - Addiction Research Center, National Institute of Drug Abuse, Baltimore, MD 21224 USA - *J. MED.* 1988 19/3-4 (203-214)

Fulminant hepatitis B virus (HBV) infection is often attributable to co-infection with the delta agent. However, delta produces a variable pattern of illness in HBsAg-positive addicts. It is often not detectable in fulminant cases of hepatitis B, and other cofactors have been conjectured regarding the pathogenesis of fulminant HBV disease. We present the case of an intravenous drug abuser with severe hepatitis B and concomitant infection with human immunodeficiency virus. We conclude that dual infection with these two viruses may be a factor in the development of fulminant hepatitis B in i.v. drug abusers, and might account for the atypical clinical course often observed.

**2. Transmission of HIV and AIDS by plasmapheresis for Guillain-Barre syndrome** - Boucher C.A.B., De Gans J., Van Oers R. et al. - Human Retrovirus Laboratory, Department of Neurology, Academic Medical Center, 1105 AZ Amsterdam NLD - *CLIN. NEUROL. NEURO-SURG.* 1988 90/3 (235-236)

A 58-year-old patient suffering from Guillain-Barre syndrome was successfully treated with plasma exchange therapy. Two- and half year later she developed AIDS. The only risk factor of this patient was plasmapheresis and it appeared, retrospectively, that one of the plasma donor samples contained antibodies to HIV. Knowing the exact moment of infection of our patient we documented the transfer of HIV antibodies from donor to patient, a HIV antigen peak two weeks after transmission (reflecting the initial virus replication in the patient) and subsequently the occurrence of patients' HIV antibodies and the reoccurrence of HIV antigen at the moment AIDS was diagnosed.

**3. Definition of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) (Germ)** - DEFINITION DES ACQUIRED-IMMUNODEFICIENCY-SYNDROMS (AIDS) - Curran J.W., Selik R.M., Solomon S.L. and Luger A.F. - Centers for Disease Control, AIDS-Program, Atlanta, GA USA - *WIEN. MED. WOCHENSCHR.* 1988 138/19-20 (470-476) - summ in ENGL.

The new, revised CDC case definition of AIDS specifies precisely, which laboratory results and which diseases may indicate HIV-infection. The indicator diseases are divided into those with HIV-positive and HIV-not positive laboratory findings. The latter group is subdivided into diseases diagnosed definitely and diagnosed presumptively. Appendices contain directions for the interpretation of results of laboratory examinations indicating under which circumstances the diagnosis of AIDS can be excluded or can definitely be established or which findings must be considered inconclusive. Further, the methods are listed, which have to be employed in order to provide a definitive diagnosis of an indicator disease and under which conditions a presumptive diagnosis of a disease, indicative of AIDS, is admitted.

**4. Classification of manifestations in HIV-infections (Germ)** - KLASSIFIZIERUNG DER MANIFESTATIONEN IM VERLAUFE VON INFESTIONEN MIT DEM HUMANE-IMMUNODEFIZIENZVIRUS (HIV) - Curran J.W., Selik R.M., Solomon S.L. and Luger A.F. - Centers for Disease Control, AIDS-Program, Atlanta, GA USA - *WIEN. MED.*

*WOCHENSCHR.* 1988 138/19-20 (504-508) - summ in ENGL.

The vast number of symptoms, diseases and findings, which can be observed in the course of HIV-infection, required an arrangement in a systematic order. The classification system for adults of the Centers for Disease Control (CDC) distinguishes between 4 groups and some subgroups. Group I includes acute infection, group II asymptomatic infection, group III persistent generalized lymphadenopathy, group IV other diseases. Subgroup IV.A. stands for constitutional disease, IV.B. neurologic disease, IV.C. secondary infectious diseases, IV.D. secondary cancers and IV.E. other conditions. A somewhat different classification system is needed for children under 13 years of age. Class P-0 comprises indeterminate infection, P-1 asymptomatic infection and P-2 symptomatic infection. Subclass P-1.A. concerns normal immune function, P-1.B. abnormal immune function, P-1.C. immune function not tested, P-2.A. non-specific findings, P-2.B. progressive neurologic disease, P-2.C. lymphoid interstitial pneumonitis, P-2.D. secondary infectious diseases, P-2.E. secondary cancers and P-2.F. other diseases possibly due to HIV-infection.

## 2. BASIC RESEARCH

**5. The Langerhans cell** - Breathnach S.M. - Department of Medicine (Dermatology), Charing Cross and Westminster Medical School, London W6 8RF GBR - *BR. J. DERMATOL.* 1988 119/4 (463-469)

Paul Langerhans could hardly have predicted a time when most issues of dermatology journals would contain at least one article on the intriguing cell he described whilst still a medical student in 1868. The history of the Langerhans cell over the past 100 years very much parallels the development of investigative dermatology as a discipline over the same period. Advances, particularly in the field of cellular immunology, have enabled us to build on the impetus provided by the earlier classical anatomical descriptive studies. It has emerged that this cell, which constitutes only about 2% of all epidermal cells, plays a critical role in cutaneous immunological reactions as a result of its antigen presenting properties. We now appreciate that Langerhans cells interact with neighbouring keratinocytes, which secrete a variety of immunoregulatory cytokines, recirculating T lymphocytes and peripheral lymph nodes, to form an integrated system of skin associated lymphoid tissues (SALT), which acts at the most peripheral outpost of the immune system and mediates cutaneous immunosurveillance. Study of the Langerhans cell has never been more topical, with reports that this cell may act as a nidus for infection with the human immunodeficiency virus (HIV-1) and contribute to the cutaneous complications of the acquired immune deficiency syndrome (AIDS). The centenary of the British Journal of Dermatology, which coincides with the centenary of Paul Langerhans' death in Madeira at the age of 40 from tuberculous renal failure, provides a fitting occasion to review in broad outline the current status of our knowledge of the biology of this crucial component of the skin-associated immune system.

### 2.1. HIV and related retroviruses

**6. Nef protein of HIV-1 is a transcriptional repressor of HIV-1 LTR** - Ahmad N. and Venkatesan S. - Laboratory of Molecular Microbiology, National Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Bethesda, MD 20892 USA - *SCIENCE* 1988 241/4872 (1481-1485)

ANNEXE 6 (5)

#### Photocopy Service

The Library of the Royal Netherlands Academy of Arts and Sciences can, under certain conditions and for private use, provide photocopies or (negative or positive) microfiches (10.5 × 14.8 cm, 96 pages) of the biomedical articles abstracted in *Excerpta Medica's* journals.

Copy requests for articles should indicate which of the above types of copy is required and must include the following bibliographic information which may be found at the beginning of the citation: abbreviated title of source journal/year of publication/volume/issue/pages/1st author/title of article (first five words are sufficient). Please note that copies will not be provided if only the *Excerpta Medica* section name and item number are quoted. Please address requests for information or copies directly to:

Lending Department  
Library  
Royal Netherlands Academy  
of Arts and Sciences  
P.O. Box 41950  
1009 DD Amsterdam  
The Netherlands  
(Tel: (020) 6685511)  
(Fax: (020) 6685079)

To avoid delays, each request should be on a separate form. Lists of citations or requests cannot be accepted. Request forms can be ordered directly from the Library. Please note that a charge will be made for this service.

#### Information

This section is one of 45 *Excerpta Medica* Abstract journals (see back cover for our complete list) which together cover the complete field of biomedical science. The extremely fast production and editorial

systems means that each issue is ideal for **current awareness** and the completed volumes allow excellent retrospective retrieval of information. Each issue contains a Table of Contents, Author Index and Subject Index which are cumulated in the last issue of each volume.

#### Table of Contents

On the first inside page of each issue is a Table of Contents which refers the reader to specific subject categories and the page number under which relevant abstracts are published in that particular issue.

#### Abstract Section

Abstracts are arranged within each category heading and are sequentially numbered throughout each volume. Please note that abstracts are published only once per section under the most relevant heading; comprehensive cross-referencing to abstracts entered under a different heading within that issue is therefore provided.

#### Subject Index

At the end of each issue after the abstract section is a subject index. Each entry term printed in **bold** is followed by other terms assigned to that abstract in alphabetical order, then by secondary terms, and finally by the abstract number. All abstracts having the same **major entry term** are listed underneath each other.

#### Author Index

The author index can be found immediately following the subject index. Each entry consists of the author's name followed by the abstract number. Where more than four authors exist, only the first three are indexed.

#### Online Searching

The abstract journals are derived from the *Excerpta Medica* database, EMBASE\*. Medical specialists select the most important abstracts from EMBASE to be printed in the abstract journals. For further details regarding online searching, please contact:

Europe and Rest of the World:	North America:	Japan:
<i>Excerpta Medica</i> Publishing Group Marketing and Sales Department Molenwerf 1 1014 AG Amsterdam The Netherlands Telephone: (020) 5803-507 Fax: (020) 5803-439	Elsevier Science Publishing Company, Inc. North American Database Department 655 Avenue of the Americas New York, NY 10010 U.S.A. Telephone: (800) HLP-EMED (212) 989-5800 Fax: (212) 633-3990	<i>Excerpta Medica</i> Ltd No. 5 Kowa Building 15-23, Nishi-Azabu 4-chome Minato-ku, Tokyo 10 Japan Telephone: (03) 499 Fax: (03) 407

\*EMBASE is a Trade Mark of *Excerpta Medica*.



caregivers experience concerning their own future, uncertainties that arise from the fact that homosexual caregivers are often exposed to the same set of health risk factors as the patients. Third, being a caregiver can create stressful problems in other roles. Thus, the demands of caregiving can disrupt multiple areas of life - occupational, economic, and social. Once disrupted, these become independent sources of stress. Formal and informal support systems appear to be important resources in sustaining caregivers and allowing them to continue in this role. In addition to support systems, a variety of coping strategies that may also help caregivers to sustain themselves have been identified. These strategies fall into three classes: those that function to minimize the physical and management demands of caregiving; cognitive and perceptual devices that reduce the level of threat the situation holds for the caregiver; and behaviors and practices that keep tensions and anxieties within manageable bounds.

## 5. EPIDEMIOLOGY, PREVENTION AND EDUCATION

**141. Are adapted physical educators ready for the student with AIDS?** - Surlburg P.R. - Department of Physical Education, Indiana University, Bloomington, IN 47405 USA - *ADAPT. PHYS. ACT. Q.* 1988 5/4 (259-263)

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) and cancer are two conditions that conjure up more fear, and in certain situations misconceptions, than do most health problems. It is safe to say that AIDS has reached epidemic proportions. Surgeon General C. Everett Koop (1986) has estimated that by 1991 there will be 270,000 cases of AIDS and 179,000 AIDS related deaths within the decade. Although the media have devoted considerable time and space to this topic, there is a paucity of information concerning the person with AIDS in certain settings. A recent telephone conversation with the coordinator of AIDS educational programs at the Centers for Disease Control in Atlanta yielded no information about handling the student with AIDS in physical education classes. This article will examine certain nuances of this condition and relate them to the physical education setting.

**142. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS): A survey of substance abuse clinic directors' and counselors' perceived knowledge, attitudes and reactions** - Mejta C.L., Denton E., Krems M.E. and Hiatt R.A. - Alcoholism Sciences, Governors State University, University Park, IL 60466 USA - *J. DRUG ISSUES* 1988 18/3 (403-419)

As Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) continues to affect intravenous drug abusers, providing AIDS-related counseling to this population is becoming increasingly critical. Substance abuse clinic directors and counselors within the Chicago area were surveyed to examine, respectively, clinic policies and practices concerning AIDS and self-reported knowledge, attitudes, and reactions associated with AIDS. Across clinics, policies and practices were found to be inconsistent and frequently incomplete, inadequate and at times, questionable. Many directors either would not admit or were uncertain if they would admit persons with AIDS (PWAs) for treatment. Most had incomplete AIDS infection control policies; a few had questionable and several had none. Clearer and nondiscriminatory federal and state AIDS guidelines need to be established and implemented at the clinic level. Counselors, similar to the general population, held apprehensions concerning AIDS. Unlike the fears of the general population, these

fears did not translate into negative attitudes, prejudices, or active discrimination, but they did seem to translate into inaction and indecision. Many counselors reported not being knowledgeable nor comfortable enough to counsel PWAs. AIDS counselor education needs to deal with these AIDS-elicited emotional reactions.

**143. Prevention of transmission of human immunodeficiency virus in Africa: Effectiveness of condom promotion and health education among prostitutes** - Ngugi E.N., Simonsen J.N., Bosire M. et al. - Department of Medical Microbiology, University of Nairobi, Nairobi KEN - *LANCET* 1988 2/8616 (887-890)

Condom use was assessed after a programme of education about the acquired immunodeficiency syndrome and a condom distribution programme in a well-characterized prostitute population in Nairobi. Women received their education at group meetings (barazas) and at individual counselling sessions during which they were given the results of serological tests for the human immunodeficiency virus (group 1) or at barazas only (group 2), or through very little of either (group 3). During the counselling sessions free condoms were distributed. Before either of the programmes started, 10%, 9%, and 7% of groups 1, 2, and 3 women, respectively, reported occasional use of condoms. By November 1986, 80%, 70%, and 58% of groups 1, 2, and 3 women, respectively, reported at least some condom use. The mean frequency of condom use was 38.7 (SD 31.8)%, 34.6 (34.5)%, and 25.6 (29.5)% of sexual encounters in groups 1, 2, and 3 women. 20 of 28 women who were non-condom-users seroconverted compared with 23 of 50 women who reported some use of condoms.

**144. Impact of health education on prostitutes' awareness and attitudes to acquired immune deficiency syndrome (AIDS)** - Chikwe J.O., Ola T.O., Gashau W. et al. - Department of Microbiology, University of Maiduguri Teaching Hospital, P.M.B. 1414, Maiduguri NGA - *PUBLIC HEALTH* 1988 102/5 (439-445)

Results of a study initiated to gain information concerning prostitutes' motives and activities as well as to evaluate their awareness of and attitudes to HIV infection are presented. The results show that about 78% of the prostitutes surveyed in Maiduguri are below 30 years of age, about 44% are divorced, most of them (74.58%) have children, and 27% are foreigners. Each prostitute is patronised by an average of 3.3 customers per day and earns an average of N 14 per day. The main reason for practicing prostitution is financial. Prostitutes in Maiduguri are at high risk of infection by HIV, not only because of the number of different male customers but also because of the frequency of injections of antibiotics, some of which are given by patent medicine vendors who may be re-using syringes and needles. The results also show that prostitutes are receptive to health education and that a majority of them advocate some form of restriction of HIV carriers in order to protect the general public from HIV infection.

**145. The identification and incidence of human immunodeficiency virus antibodies and hepatitis B virus antigens in corneal donors** - Conway M.D. and Insler M.S. - Tulane University School of Medicine, New Orleans, LA USA - *OPHTHALMOLOGY* 1988 95/10 (1463-1467)

Forty eye banks responded to an Eye Bank Association of America (EBAA) questionnaire concerning screening patients at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS) and hepatitis B. Respondents accounted for 26% (8787 of 33,500) of the total volume of

eyes donated in North America in 1986. Sixty (0.68%) of 8787 donors were found to be antibody positive for human immunodeficiency virus (HIV) and 69 (1.33%) of 5187 donors were found to be positive for hepatitis B virus (HBV). The age, cause of death, and source of tissue were also studied. The finding of seropositivity for HIV in very young and elderly donors without identified risk factors underscores the need to screen all potential cornea donors for the presence of HIV antibodies. The data on HBV lend further support to the importance of such screening procedures.

**146. Seroepidemiology of human immunodeficiency viruses in Africa** - Fleming A.C. - Department of Tropical Medicine and Infectious Diseases, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool GBR - *BIOMED. PHARMACOTHER.* 1988 42/5 (309-320) - summ in FREN

The first generation of serological tests for anti-HIV-1 gave so many false positives with African sera that it was wrongly postulated that the virus was endemic in Africa. As there is no simian or other virus sufficiently closely related to HIV-1 as to suggest a recent common ancestor, the evolution of HIV-1 is obscure and there is no current evidence to support the hypothesis of an African origin. However, the similarity of HIV-2 to SIV and its geographical distribution do suggest an evolution of this virus in west Africa. The earliest anti-HIV-1 positive serum was from a subject in Kinshasa in 1959. Seroprevalence rose in pregnant women in Kinshasa from 0.25% in 1970, to 3.0% in 1980 and 5.7% in 1986. When two sexually promiscuous groups are compared, seropositivity rose sharply in female prostitutes in Nairobi from 4% in 1981, to 59% in 1984 and 64% in 1986, a curve which is approximately parallel to, but three years later than that of homosexual males in San Francisco. In central and east Africa, HIV-1 is now epidemic from Congo to Kenya and from Uganda to Zimbabwe. In west Africa, both HIV-2 and HIV-1 are epidemic: seroprevalence of HIV-2 is highest in southern Senegal, Guinea-Bissau and Cote d'Ivoire: HIV-1 has the highest frequency in Cote d'Ivoire and Ghana. HIV-2 has not been reported, and HIV-1 is pre-epidemic in Africa north of the Sahara, Nigeria, Angola, Mozambique and southern Africa, being found at significant frequency only in female prostitutes, patients with STD, or, in Morocco and South Africa only, in male homosexuals. Seroprevalence is greatest in female prostitutes and patients with STD: infection is more frequent in urban than in rural populations, except in Uganda. The peak frequency is at 30-34 yr in males and 20-24 yr in females. Other groups at risk are infants born to infected mothers, and those requiring blood transfusions, especially pre-school children, patients with sickle-cell disease and pregnant women. The doubling time for seropositivity is about one year in the sexually active age range in some populations. Even at existing seroprevalence, decimation or worse of the most productive age groups is inevitable during the next few years in certain countries. Accelerated progression of disease during pregnancy will lead to higher morbidity and mortality among fertile women than among men. The recent reductions in infant and childhood mortalities will be reversed, and populations may decline. Devastating social, economic and demographic consequences are forecast.

**147. Adequacy of the ELISA test for screening corneal transplant donors** - Goode S.M., Hertzmark E. and Steinert R.F. - Department of Ophthalmology, Harvard Medical School, Boston, MA USA - *AM. J. OPHTHAL.*

*MOL.* 1988 106/4 (463-466)

Using a simple mathematical model, we calculated the risk for a patient undergoing penetrating keratoplasty to receive a cornea from a human immunodeficiency virus-infected donor despite negative results on serologic testing of donor serum. This error in serologic testing occurred when false-negative results were obtained from the enzyme-linked immunosorbent assay used to screen donor corneas for human immunodeficiency virus exposure. The average risk of transplanting an infected cornea was low, 0.03%, but increased by a factor of ten when donor tissue from donors at high risk for AIDS was used. Current screening procedures are probably adequate to prevent transmission of human immunodeficiency virus, but increased vigilance for high-risk donor populations may be appropriate.

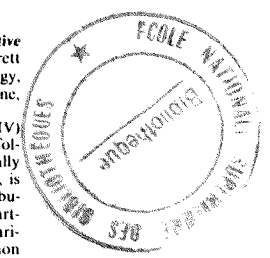
**148. Sexual behaviour, contraceptive practice and knowledge of AIDS of Oxford University students** - Turner C., Anderson P., Fitzpatrick R. et al. - Oxfordshire Health Authority Department of Community Medicine, Headington GBR - *J. BIOSOCIAL SCI.* 1988 20/4 (445-451)

In summer 1987, 584 students at Oxford University were sent a questionnaire enquiring about their sexual behavior and contraceptive practice, and about the effect that AIDS has had on these. Of the 374 students who replied, 65% of the women and 62% of the men had experienced sexual intercourse. Twenty-seven per cent of female undergraduates did not use adequate contraception on the first occasion of intercourse. During the 4-week period preceding the questionnaire, 15% of sexually active female undergraduates did not use adequate contraception. The use of contraception has changed over the last 5 years, with fewer students using oral contraceptives as their most frequent means of contraception and more using barrier methods. In general, knowledge about AIDS was high. Most students did not consider that they were at risk of becoming infected by the AIDS virus and, by their reported sexual behaviour, very few students appeared to be at any risk. However, 35% of women and 44% of men who were sexually active said that because of risk of AIDS they had been more likely to use the sheath, and 49% of women and 30% of men said that they had, or would have, fewer partners. These findings suggest that attitudes, and possibly behaviour, are changing towards a reduction in risks of sexually transmitted infection.

**149. Monte Carlo simulation of the heterosexual selective spread of the human immunodeficiency virus** - Barrett J.C. - Division of Medical Statistics and Epidemiology, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London GBR - *J. MED. VIROL.* 1988 26/1 (99-109)

The spread of human immunodeficiency virus (HIV) by heterosexual intercourse, during the first 2 years following the introduction of the virus among a sexually active and unprotected group of men and women, is modelled by Monte Carlo simulation. A beta distribution of the infectee's risks of infection per infected partner-month is assumed, with the same coefficient of variation as used in previous studies for risk of conception (natural fecundability), but with a mean of 0.04 per infected partner-month, after scaling the distribution. The number of sexual partners that one sex has (here, the women), is assumed to be more variable than for the other, with a mean of 2 partners each. The individual infection risks per infected partner-month are generated initially and do not change, but some random gains and losses of partners occur each month. Infections are updated each month. It is found in this simple model that

ANNEXE 6 (A)



**AIDS**

Bureau of Hygiene and Tropical Diseases  
Keppel street

LONDON WC1E 7HT, GBR

**Sida****Période couverte :**

- 1984 →

**Nature et origine des données :**

- Références bibliographiques du fonds documentaire du BHTD  
(Bureau of Hygiene and Tropical Diseases)

**Volume de la base et mises à jour :**

- 11 000 références ; mises à jour mensuelles

**Serveur :**

- DATASTAR

**Remarques :**

- Indexation des données : anglais  
Cette base contient des résumés d'articles réalisés par le personnel scientifique du BHTD

**NOTES :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

**AIDSLINE**

National Library of Medicine  
8600 Rockville Pike

BETHESDA MD 20894, USA

**Sida****Période couverte :**

- 1980 →

**Nature et origine des données :**

- Références bibliographiques issues de MEDLINE et des autres bases de la National Library of Medicine (depuis 1989)

**Volume de la base et mise à jour**

- 13 000 références ; 500 références supplémentaires par mois

**Serveur :**

- NLM

**Remarques :**

- Indexation des données : anglais  
Cette base est une compilation des références de la N.L.M. sur le SIDA. Le pourcentage de références nouvelles par rapport à une interrogation exclusive sur MEDLINE est relativement faible

**NOTES :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

ANNEXE 7



\* 9 5 4 9 1 6 9 \*