



REUNION DES BAILLEURS DE FONDS POUR LA LUTTE  
CONTRE LE SYNDROME D'IMMUNODEFICIT ACQUIS

Genève, 21-22 avril 1986

Sommaire

	<u>Pages</u>
I. Introduction .....	2
II. Historique .....	2
III. Programme OMS .....	4
IV. Discussions .....	6
V. Conclusions et recommandations .....	6
Annexe - Liste des participants .....	8

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

## I. Introduction

Une réunion des bailleurs de fonds éventuels pour la lutte contre le syndrome d'immuno-déficit acquis (SIDA) s'est tenue à Genève les 21 et 22 avril 1986. Etaient représentés à cette réunion l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, le Danemark, les Etats-Unis d'Amérique, la Finlande, la France, le Japon, la Norvège, les Pays-Bas, la République fédérale d'Allemagne, le Royaume-Uni, la Suède, la Suisse, ainsi que la Commission des Communautés européennes (CEE) et la Banque mondiale. La réunion avait pour but de faire le point de la situation épidémiologique mondiale en ce qui concerne les infections à LAV/HTLV-III, d'envisager des activités de lutte contre les infections à LAV/HTLV-III pour la période biennale 1986-1987 et leur coordination internationale et de recenser les domaines dans lesquels des ressources extrabudgétaires risquent d'être nécessaires pour mettre en oeuvre des activités de lutte contre l'infection à LAV/HTLV-III.

## II. Historique

On a fait le point sur les connaissances actuelles concernant le SIDA dans les pays développés et les pays en développement, les agents antiviraux et la mise au point de vaccins, ainsi que sur les stratégies de prévention.

Ce sont les Etats-Unis qui ont signalé le plus grand nombre de cas de SIDA (près de 20 000) et l'on estime qu'environ 1 million de résidents de ce pays sont infectés par le LAV/HTLV-III. Si la définition des cas de SIDA CDC/OMS s'est révélée utile aux fins de surveillance, l'aspect "iceberg" du SIDA et le spectre de l'infection par le LAV/HTLV-III, qui va de la séropositivité au para-SIDA et au SIDA, doit être pris en compte. Chez les adultes, le rapport hommes/femmes est de 8 pour 1, alors que chez les enfants sidatiques aux Etats-Unis, ce rapport est de 1 pour 1. La transmission sexuelle chez les adultes a lieu aussi bien d'homme à femme ou de femme à homme que d'homme à homme et a fait l'objet de nombreuses études. Aux Etats-Unis, 85 % des cas de SIDA surviennent dans le groupe d'âge 20-49 ans. Bien que la grande majorité des patients soient des hommes homosexuels ou bisexuels, le SIDA peut également se transmettre parmi les toxicomanes par voie intraveineuse qui se servent des mêmes aiguilles non stériles. Chez les enfants, le SIDA est essentiellement transmis par une mère infectée à son enfant avant, pendant ou peu après l'accouchement.

La prévalence de la séropositivité pour le LAV/HTLV-III chez les homosexuels de sexe masculin dans plusieurs grandes villes des Etats-Unis va de 44 à 75 %, alors que la prévalence chez les donneurs de sang est de 0,04 %. Le délai dans lequel le nombre de cas de SIDA aux Etats-Unis est multiplié par deux est passé de 8 à 14 mois. La baisse de l'incidence de la syphilis et de la blennorragie rectale parmi les homosexuels de différentes villes des Etats-Unis indique peut-être une modification du comportement sexuel dans ce groupe à haut risque. Bien que la répartition des cas varie selon les groupes à risque dans le monde, aucun mode de transmission autre que le contact sexuel, le sang et les produits sanguins et le contact mère-enfant n'a été identifié.

Les cas notifiés à l'heure actuelle à l'OMS par les pays en développement ne reflètent pas exactement la véritable étendue du problème. Si les modes de transmission sont fondamentalement les mêmes que dans le monde développé, la transmission hétérosexuelle à double sens est prédominante. Cela se traduit en Afrique par un nombre de cas égal chez les hommes et chez les femmes. L'incidence annuelle du SIDA dans certaines villes d'Afrique est parfois supérieure à l'incidence enregistrée à New York. Si l'interprétation des premières études séro-épidémiologiques a été limitée en raison des faux positifs obtenus après l'épreuve ELISA, les estimations actuelles laissent supposer que, dans certaines parties d'Afrique centrale, de 4 à 8 % des adultes en "bonne santé" sont en fait séropositifs pour le LAV/HTLV-III. Les extrapolations de données restreintes provenant de différentes régions d'Afrique laissent supposer qu'environ 2 millions d'Africains adultes pourraient être infectés et donc que 20 000 cas nouveaux pourraient se produire chaque année dans l'avenir immédiat. La situation pourrait encore empirer si la maladie se propageait à d'autres régions. Le taux de prévalence des anticorps anti-LAV/HTLV-III parmi les prostituées de plusieurs pays vont de 30 à 90 %.

Les études montrent que 8 à 10 % des femmes qui fréquentent des dispensaires prénatals dans certaines villes d'Afrique sont séropositives pour le LAV/HTLV-III. Dans ces régions, 2 à 4 % des nouveau-nés pourraient être infectés (en supposant que 25 à 50 % des nouveau-nés de mères séropositives soient infectés). En outre, dans certaines régions, 10 % ou plus des enfants hospitalisés sont séropositifs pour le LAV/HTLV-III; beaucoup souffrent d'affections évoquant le SIDA de l'enfant ou le para-SIDA. L'impact potentiel du LAV/HTLV-III sur la mortalité infantile pourrait bien compromettre les initiatives en faveur de la survie des enfants. L'utilisation d'aiguilles et de seringues non stériles dans différents contextes représente un facteur de risque important pour la transmission du LAV/HTLV-III en Afrique. Les transfusions sanguines sont également impliquées dans la transmission et, dans certaines régions, 4 à 8 % des donneurs de sang sont séropositifs. Etant donné que, pour beaucoup de transfusions, une seule unité est utilisée et qu'elles ne sont pas toujours absolument nécessaires, c'est à ce niveau qu'il faut axer les efforts d'intervention. L'association entre le LAV/HTLV-III et les maladies endémiques en Afrique (tuberculose et éventuellement paludisme) pourrait encore compliquer le traitement individuel de ces affections et l'action de santé publique.

L'infection à LAV/HTLV-III se propage en Afrique orientale. En Asie, le nombre de cas semble faible, mais le risque de propagation de l'infection à LAV/HTLV-III existe; tous les efforts doivent être faits pour en prévenir l'expansion. Les Caraïbes présentent des facteurs de risque analogues à ceux qui existent en Afrique tandis qu'en Amérique latine (Brésil, par exemple), les facteurs de risque semblent être analogues à ceux qui existent aux Etats-Unis. Bien qu'aucun cas de SIDA n'ait été associé au Programme élargi de vaccination (PEV), des efforts particuliers doivent être faits pour garantir l'utilisation d'aiguilles et de seringues stériles.

En Amérique du Nord, en Europe et en Australie, le traitement de certaines infections opportunistes a parfois été efficace mais n'a jamais eu d'effet sur l'immunodéficit à proprement parler. On a essayé de stimuler le système immunitaire, dans la plupart des cas en vain, au moyen d'extraits de thymus, d'interféron gamma, d'interleukine-2 et d'autres immunomodulateurs. On étudie à l'heure actuelle des méthodes consistant à agir directement sur la réplication virale par inhibition de la transcriptase inverse. L'inhibition des protéinases qui fragmentent les protéines précurseurs du virus s'est révélée prometteuse avec d'autres rétrovirus. La plupart des médicaments antiviraux utilisés présentent une toxicité prononcée. La suramine, la ribavirine, le foscarnet, l'HPA-23, les rifamycines et l'azidothymidine ont été ou sont actuellement évalués sur le plan clinique. L'azidothymidine et le foscarnet semblent être les moins toxiques et les plus efficaces, mais aucun ne constitue encore de traitement efficace généralement applicable.

La mise au point d'un vaccin efficace sera sans doute difficile en raison de la diversité des épitopes antigéniques des différentes souches de LAV/HTLV-III. Contrairement à de nombreux autres virus, un vaccin atténué anti-LAV/HTLV-III (ou apparenté) pose de nombreux problèmes théoriques et pratiques et il ne semble pas que l'on pourra offrir de solution vaccinale dans un proche avenir. D'autres méthodes, telles que les vaccins utilisant le génie génétique semblent plus prometteuses.

Les principales stratégies de lutte contre la propagation du LAV/HTLV-III reposent sur la prévention de la transmission sexuelle grâce à l'information et à l'éducation portant sur la réduction du risque. Bien qu'il soit admis qu'il est difficile d'obtenir une modification du comportement sexuel, des études qui permettraient de recenser les facteurs de risque particuliers à chaque pays ont été recommandées. A l'heure actuelle, l'utilisation de préservatifs est l'une des méthodes possibles pour réduire le risque de contracter la maladie. Les stratégies de prévention doivent être intégrées dans les programmes existants de soins de santé primaires, de lutte contre les maladies à transmission sexuelle et de planification familiale.

La transmission du LAV/HTLV-III par transfusion sanguine peut être réduite : 1) par la recherche des anticorps anti-LAV/HTLV-III dans le sang des donneurs; 2) par l'éducation des donneurs et l'auto-exclusion de ceux-ci et 3) en limitant les transfusions aux indications médicales strictes (en mettant un terme notamment à la pratique des transfusions d'une seule unité de sang chez les adultes). Les produits sanguins destinés aux personnes souffrant d'hémophilie ou de troubles de la coagulation doivent être fabriqués à partir de plasma que l'on sait

exempts d'anticorps anti-LAV/HTLV-III et être en outre traités de façon à inactiver tout virus pouvant y être présent. Une réduction globale des injections et la stérilisation efficace avant chaque usage des aiguilles et des seringues réutilisables (y compris pour la vaccination) permettra de réduire l'exposition parentérale au LAV/HTLV-III. Dans certaines conditions, il faudrait fournir des seringues et des aiguilles réutilisables pour éviter la réutilisation de seringues et d'aiguilles jetables. Mais l'on ne parviendra pas à réduire la transmission du LAV/HTLV-III chez les toxicomanes uniquement en leur fournissant des aiguilles et des seringues stériles; il faut aussi des programmes complets axés surtout sur les causes de la toxicomanie. Il faut veiller également à ce que du matériel stérile soit utilisé pour toute pratique qui implique un percement de la peau : circoncision, tatouage, scarification, percement des oreilles, etc. On peut prévenir la transmission périnatale en conseillant aux mères séropositives de ne pas avoir d'enfant; à cet égard, le dépistage des anticorps chez les femmes en âge de procréer serait utile dans certains cas.

### III. Programme OMS

Les aspects mondiaux du Programme OMS de lutte contre le SIDA ont été exposés. Par l'intermédiaire de son réseau de centres collaborateurs, des bureaux régionaux et des services du Siège, l'Organisation mondiale de la Santé :

1. assurera l'échange d'informations;
2. élaborera et diffusera des directives, des manuels et des matériels éducatifs;
3. évaluera les nécessités de dépistage des anticorps anti-LAV/HTLV-III disponibles dans le commerce; encouragera la mise au point d'épreuves plus simples et moins coûteuses destinées au terrain et établira des réactifs de référence OMS;
4. collaborera avec les Etats Membres à l'élaboration de programmes nationaux et de mesures pour endiguer l'infection du SIDA;
5. conseillera les Etats Membres en ce qui concerne l'approvisionnement en sang et en produits sanguins sûrs, et
6. coordonnera les recherches, en particulier sur : a) la mise au point d'agents thérapeutiques et de vaccins; et b) les rétrovirus de primates (simien et humain).

Pour cela, l'OMS devra :

1. faciliter l'échange d'informations au moyen du Relevé épidémiologique hebdomadaire (REH), de pochettes de presse, du service de télex automatique et des médias;
2. établir des réactifs OMS de référence et coordonner des ateliers de formation pour améliorer les capacités des laboratoires nationaux en matière de dépistage du LAV/HTLV-III;
3. établir un système de surveillance mondial de l'infection par le LAV/HTLV-III, qui permette de contrôler également le nombre de cas de SIDA et la propagation de la maladie;
4. fournir une assistance épidémiologique et de laboratoire aux pays pour apprécier l'étendue du problème au niveau national, les doter des capacités de diagnostiquer le SIDA, assurer la confirmation en laboratoire du diagnostic, recommander des mesures de prévention et de lutte et les aider à développer leurs propres moyens de laboratoire;
5. coopérer étroitement avec les centres collaborateurs désignés pour apporter le soutien technique et l'aide à la recherche demandés par les pays;
6. aider à garantir l'innocuité de l'approvisionnement mondial en sang en développant les capacités de dépistage des anticorps anti-LAV/HTLV-III dans le sang destiné aux transfusions;
7. créer une unité administrative au Siège de l'OMS à Genève.

En 1984-1985, l'OMS a affecté aux activités de lutte contre le SIDA des crédits du budget ordinaire du Siège et des budgets régionaux, pour un montant estimé jusqu'à présent à US \$1 150 000 pour l'exercice 1986-1987, et a notamment créé deux postes permanents dans le

cadre du programme de lutte contre le SIDA du Siège.\* Des crédits seront envisagés pour le cycle budgétaire 1988-1989. Si les crédits actuels sont importants, compte tenu notamment des contraintes financières importantes en ce moment, ils ne suffiront pas pour accomplir la tâche que l'on s'est fixée et des ressources extrabudgétaires seront nécessaires.

Les principaux éléments d'un programme national de lutte contre le SIDA ont été présentés, à commencer par la nécessité d'une volonté politique explicite de résoudre les problèmes complexes associés au LAV/HTLV-III.

A. Création d'un Comité national de lutte contre le SIDA

Un plan d'ensemble commence, au niveau opérationnel, par la création d'un Comité national de lutte contre le SIDA opérant sous les auspices du Ministère de la Santé. Le Comité est chargé de coordonner les activités au niveau national, de constituer et de mettre à jour la documentation et de concevoir et d'évaluer les éléments clés du programme de lutte.

B. Evaluation initiale

Pour pouvoir élaborer les principaux éléments du programme national, une évaluation épidémiologique initiale, ainsi qu'une appréciation des ressources et de l'infrastructure sont nécessaires. Cet "ensemble" d'évaluations doit être effectué dans un délai relativement bref (4 à 8 semaines). L'étude épidémiologique permettra de déterminer la prévalence du LAV/HTLV-III dans des régions choisies et d'analyser les informations dont on dispose sur la situation épidémiologique nationale.

C. Epidémiologie/Surveillance

Sur la base des résultats de cette première évaluation, on mettra sur pied un système de surveillance qui fournira des données épidémiologiques utiles et à jour en ce qui concerne le SIDA et les infections à LAV/HTLV-III au Comité national de lutte contre le SIDA. Cette surveillance comprendra éventuellement la surveillance sérologique de certaines populations et des études épidémiologiques pour déterminer les domaines de recherche prioritaires pour le programme national de lutte contre le SIDA.

D. Laboratoires

Il faudra fournir un appui aux services de laboratoire pour les activités épidémiologiques, cliniques et de prévention. Sur la base de l'évaluation initiale, on définira les besoins du pays en services de sérodiagnostic et leurs caractéristiques ainsi que le rôle éventuel de la coopération interpays, sous-régionale ou régionale pour la fourniture de services de laboratoire.

E. Services cliniques

Il faudra apprendre aux agents de santé et à l'ensemble du personnel des systèmes de santé nationaux à reconnaître, à diagnostiquer et à prendre en charge la maladie associée au LAV/HTLV-III, en insistant plus particulièrement sur la prise en charge hospitalière et communautaire des personnes infectées par le LAV/HTLV-III. Les services de conseil à l'intention des personnes infectées et la prise en compte des aspects sociaux et éthiques et des exigences de confidentialité sont essentiels pour une prise en charge des cas et une action de santé publique efficaces.

F. Prévention

Le principal objectif du programme national de lutte contre le SIDA est d'éviter la transmission du LAV/HTLV-III aux personnes saines. Les programmes d'éducation devront être

---

\* En outre, des ressources humaines équivalent à environ six années-hommes provenant d'autres programmes techniques de l'Organisation ont été mises à la disposition de ce programme pendant la période biennale pour contribuer à l'action de santé publique.

intégrés au maximum à l'infrastructure de santé existante. Les services d'éducation, les services sociaux, les services réservés aux femmes, etc. ont un rôle essentiel à jouer à cet égard. L'éducation a pour but de modifier les comportements, c'est pourquoi l'utilisation intensive des stratégies de "marketing social" doit être envisagée. Des domaines plus particulièrement préoccupants à l'échelon national peuvent également être abordés : prévention de la transmission par transfusion sanguine ou au moyen d'aiguilles, de seringues ou autres instruments percants contaminés, ou transmission périnatale, etc.

#### IV. Discussions

Les discussions ont porté sur le document qui avait été distribué à tous les participants, intitulé "Stratégie mondiale OMS pour la lutte contre le SIDA : projection des besoins pour 1986-1987".

Un résumé des observations et des suggestions reçues a été présenté le lendemain matin. Les principales recommandations formulées ont été les suivantes :

1. Revoir la présentation du document et étoffer la partie explicative, y inclure une description du processus ayant abouti à la réunion, énoncer les conséquences de l'inaction en matière de lutte contre le SIDA et préciser le niveau et l'étendue de l'engagement à court et à long terme de l'OMS dans la lutte contre le SIDA.
2. Présenter la structure organique du Programme OMS de lutte contre le SIDA et expliquer notamment les liens du Programme avec les autres unités OMS, les institutions des Nations Unies, les participants (donateurs et bénéficiaires éventuels de l'aide), les centres collaborateurs, les bureaux régionaux et les experts extérieurs.
3. Décrire quelle sera l'action du programme national de lutte contre le SIDA dans un pays donné, en précisant quels seront les rôles respectifs du Comité national de lutte contre le SIDA, du Ministère de la Santé et du représentant de l'OMS.
4. Enumérer les contributions attendues et les engagements des pays bénéficiaires, notamment en ce qui concerne le personnel à court terme et à long terme et la participation financière et opérationnelle.
5. Prévoir un appui pour les activités de base des organisations non gouvernementales dans la lutte contre le SIDA, notamment dans le domaine de l'éducation.
6. Préciser les critères de sélection des pays qui bénéficieront d'une aide pour la création d'un programme national de lutte contre le SIDA et les critères de sélection de priorités dans le cadre du budget du Siège de l'OMS.
7. Simplifier l'aspect technique du document et séparer le texte des données financières.

Le Programme de lutte contre le SIDA a remercié les participants de leurs observations constructives et leur a indiqué qu'un document révisé leur serait envoyé sous trois semaines.

#### V. Conclusions et recommandations

Les conclusions et les recommandations de la réunion des parties intéressées sont résumées ci-après :

1. Les représentants des pays et organisations participant à la réunion ont demandé instamment que tous les Etats Membres travaillent de concert pour endiguer l'épidémie du SIDA, l'OMS assurant la coordination de l'assistance bilatérale et multilatérale.
2. Le groupe a noté que l'OMS, consciente de l'ampleur du problème que pose le SIDA dans le monde, avait investi des ressources de son budget ordinaire, en dépit des contraintes financières actuelles, pour le lancement et la poursuite des activités opérationnelles du Programme de lutte contre le SIDA pendant l'exercice 1986-1987. Eu égard aux exigences à long terme de la lutte contre ce problème de santé publique, on est parvenu à un consensus sur l'engagement de ressources additionnelles par l'Organisation au-delà de 1987.\*

\* Le Directeur général, en présentant les propositions budgétaires pour l'exercice 1988-1989 aux organes délibérants de l'Organisation, tiendra compte notamment des recommandations formulées à cette réunion.

3. L'OMS mettra au point les mécanismes nécessaires pour obtenir que tous les pays participants s'engagent à exécuter le Programme. Seront également inclus des mécanismes de surveillance des différents éléments du Programme, notamment en matière de responsabilités financières.
4. L'OMS présentera verbalement les conclusions et les recommandations de la réunion à la Trente-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en mai 1986.
5. L'OMS organisera une réunion des parties intéressées le 28 juin 1986 à Genève pour permettre aux partenaires dans cette entreprise de passer en revue les documents de travail et les engagements pris par toutes les parties intéressées en vue d'endiguer l'épidémie de SIDA.

LISTE DES PARTICIPANTS

AUSTRALIE

Dr W. A. Langsford  
Regional Medical Director, Australian Embassy, 4 rue Jean Rey,  
F - 75724 Paris, Cedex 15, France

AUTRICHE

Dr H. Halbich  
Directeur, Ministère fédéral de la Santé et de la Protection de l'Environnement,  
Radetzkystrasse 2, A - 1031 Vienne

BELGIQUE

Dr Mahaut<sup>1</sup>  
Administration générale de la Coopération au Développement, Ministère des Affaires étrangères  
et du Commerce extérieur, Place du Champ de Mars, 5, B - 1050 Bruxelles

Professeur P. Piot  
Professeur de Microbiologie, Institut de Médecine tropicale, Nationalestraat 155,  
B - 2000 Anvers

Dr Thiers  
Directeur, Institut d'Hygiène et d'Epidémiologie, J. Wytsmanstraat 14, B - 1050 Bruxelles

CANADA

Dr A. J. Clayton  
Director General, Laboratory Centre for Disease Control, Tunney's Pasture,  
Ottawa, Ontario K1A 0L2

DANEMARK

Dr M. von Magnus<sup>1</sup>  
Conseil national de la Santé, St. Kongersgade 1, DK - 1246 Copenhague K

Dr K. Wind-Andersen  
Agence danoise pour le Développement international (DANIDA), Asiatisk Plads 2,  
DK - 1448 Copenhague K

FINLANDE

Dr M. Murtomaa  
Chef de Département, Conseil national de la Santé, Box 223, SF - 00531 Helsinki 53

<sup>1</sup> N'a pas pu participer à la réunion.

FRANCE

Dr J. B. Brunet  
Institut de Médecine et d'Epidémiologie tropicales, Hôpital Claude Bernard,  
10, Avenue de la Porte d'Aubervilliers, F - 75944 Paris Cedex 19

Monsieur le Professeur J.-F. Girard  
Directeur général de la Santé, Direction générale de la Santé, 124, rue Sadi Carnot,  
F - 92170 Vanves

REPUBLIQUE FEDERALE D'ALLEMAGNE

Dr M. A. Koch  
Ministère fédéral de la Jeunesse, de la Famille et de la Santé (Bundesministerium für Jugend,  
Familie und Gesundheit), P.O. Box 200490, D - 5300 Bonn - 2

Dr R. Korte  
Chef de la Division de la Santé, de la Nutrition et de la Démographie, Agence allemande pour  
la Coopération technique (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit - (GTZ)) GmbH,  
Postfach 5180, D - 6236 Eschborn 1

JAPON

M. N. Iguchi  
Premier Secrétaire, Mission permanente du Japon auprès de l'Office des Nations Unies et des  
autres Organisations internationales à Genève, Case postale 114, 1211 Genève 19

PAYS-BAS

Dr C. Dudok de Wit  
Secrétaire général du Centre de Transfusion sanguine de la Croix-Rouge néerlandaise,  
Plesmanlaan 125, 1066 CX Amsterdam

NORVEGE

Dr O. T. Christiansen  
Sous-Directeur général adjoint, Direction de la Santé, Postboks 8128 - Dep., 0032 Oslo 1

Mme H. Ruge  
Attaché à la Santé, Mission permanente de la Norvège auprès de l'Office des Nations Unies et  
des autres Organisations internationales à Genève, Case postale 274, 1211 Genève 19

SUEDE

Mme M. Andersson  
Sous-Secrétaire d'Etat, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, S - 103 33 Stockholm

Dr L. Freij  
Agence suédoise pour la Coopération en matière de Recherche avec les Pays en Développement  
(SAREC), Birger Jarlgatan 61, S - 105 25 Stockholm

M. C.-J. Groth

Ministre et Représentant permanent adjoint, Mission permanente de la Suède auprès de l'Office des Nations Unies et des autres Organisations internationales à Genève, 1211 Genève 20

M. C. Wahren

Directeur, Santé et Population, Agence suédoise pour le Développement international (SIDA), Birger Jarlsgatan 61, S - 105 25 Stockholm

SUISSE

Mme Olgiati

Représentante de l'Office fédéral de la Santé publique, Berne  
Av. Bel-Air, 39 C, 1225 Chêne-Bourg

ROYAUME-UNI DE GRANDE-BRETAGNE ET D'IRLANDE DU NORD

Dr M. Sibellas

Senior Medical Officer, Department of Health and Social Security, Alexander Fleming House, Elephant and Castle, Londres, SE1 6BY

ETATS-UNIS D'AMERIQUE

Dr K. J. Bart

Agency Director for Health, Room 709 SA-18, Agency for International Development (AID), Washington, D.C. 20523

M. W. C. Bartley

International Health Attaché, Mission permanente des Etats-Unis d'Amérique auprès de l'Office des Nations Unies et des autres Organisations internationales à Genève, 1292 Chambésy, Suisse

COMMISSION DES COMMUNAUTÉS EUROPÉENNES

Dr A. Jolivet

Administrateur principal, Direction générale de l'Emploi, des Affaires sociales et de l'Éducation, CEE, 200, rue de la Loi, B - 1049 Bruxelles, Belgique

BANQUE MONDIALE

M. A. Measham

Conseiller en matière de santé, Banque mondiale, 1818 H. Street, N.W., Washington, D.C., 20433, États-Unis d'Amérique

CONSEILLERS TEMPORAIRES

Professeur F. Deinhardt

Directeur, Institut Max von Pettenkofer d'Hygiène et de Microbiologie médicale, Université Ludwig-Maximilian, Hygiène et Microbiologie médicale, Pettenkoferstr. 9A, D - 8000 Munich 2, République fédérale d'Allemagne

Dr W. R. Dowdle

Director, Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia 30333, États-Unis d'Amérique

Professeur L. O. Kallings  
Directeur, Laboratoire bactériologique national, Lundatatan 2, Solna, S - 105 21 Stockholm, Suède

Dr J. Mann  
Directeur, Programme de recherche sur le SIDA, c/o Health Officer, American Embassy,  
Kinshasa, Zaïre

SECRETARIAT - Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27

Dr G. Antal  
Administrateur de programme, Maladies sexuellement transmissibles, Division des Maladies  
transmissibles

Dr F. Assaad  
Directeur, Division des Maladies transmissibles

Mme I. Brüggmann  
Directeur, Programme de Coordination extérieure

Mme C. Dasen  
Fonctionnaire chargé de l'Information, service d'Appui au programme, Division de l'Information  
du Public et Education pour la Santé

Mme J. Hargreaves  
Administrateur, Division des Maladies transmissibles

Dr Y. Kawaguchi  
Fonctionnaire chargé des relations extérieures, Mobilisation de ressources pour la santé,  
Programme de Coordination extérieure

Mme K. Ljungars-Esteves  
Fonctionnaire technique, service d'Appui en épidémiologie et en gestion, Division des Maladies  
transmissibles

M. V. R. Oviatt  
Coordonnateur, Mesures de sécurité en microbiologie, Division des Maladies transmissibles

M. W. C. Parra  
Fonctionnaire chargé de l'appui en gestion, service d'Appui en épidémiologie et en gestion,  
Division des Maladies transmissibles

Dr J. C. Petricciani<sup>1</sup>  
Chef, Produits biologiques, Division de la Technologie diagnostique, thérapeutique et de  
Réadaptation

Dr H. Tamashiro  
Spécialiste scientifique, service d'Appui en épidémiologie et en gestion, Division des  
Maladies transmissibles

M. B. Wickland  
Fonctionnaire chargé des relations extérieures, Mobilisation de ressources pour la santé,  
Programme de Coordination extérieure.

---

<sup>1</sup> N'a pas pu assister à la réunion.