

5753



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

AIDS/CPA/86.2 ^{voir Abs. 1}

MAI 1986

ORIGINAL : ANGLAIS

STRATEGIE MONDIALE OMS POUR LA LUTTE CONTRE
LE SYNDROME D'IMMUNODEFICIT ACQUIS
PROJECTIONS DES BESOINS POUR 1986-1987



Table des matières

	<u>Pages</u>
I. Introduction	2
II. Présentation du problème	2
III. Progrès réalisés vers un programme de lutte à l'échelle mondiale	5
IV. Lutte contre le SIDA à l'échelle mondiale	6
V. Coordination de l'action à l'échelle mondiale	8
Annexe A - I. Activités proposées dans le cadre du Programme OMS de lutte contre le SIDA, 1986-1987	12
II. Ressources extrabudgétaires pour les activités mondiales de lutte contre le SIDA	16
Annexe B - Principales composantes des programmes nationaux de lutte contre le SIDA ..	17
Annexe C - Budget estimatif pour la phase initiale des programmes nationaux de lutte contre le SIDA	22
Annexe D - Estimations budgétaires détaillées pour les programmes nationaux de lutte contre le SIDA	23

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted, quoted or translated 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 ou traduction sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

I. INTRODUCTION

Le syndrome d'immunodéficité acquis (SIDA) et tout l'éventail des maladies dues à une infection par le virus LAV/HTLV-III (virus associé aux lymphadénopathies - virus T-lymphotrope humain, type III) est récemment et rapidement devenu un problème d'intérêt international majeur et un sujet de vive préoccupation. Les maladies causées par le LAV/HTLV-III ne sont pas seulement une série de maladies nouvellement apparues au cours des dix dernières années, mais présentent plusieurs caractéristiques biologiques et épidémiologiques qui en font un problème unique dont il faut que les responsables de la santé publique, les médecins, les dirigeants politiques et le grand public perçoivent l'urgence.

II. PRESENTATION DU PROBLEME

L'agent étiologique du SIDA, le virus LAV/HTLV-III diffère de manière importante d'autres virus pathogènes pour l'homme plus classiques tels que le virus de l'hépatite B, le poliovirus ou le virus de la rougeole. Le LAV/HTLV-III infecte le système immunitaire et le système nerveux (encéphale) et incorpore littéralement son matériel génétique au matériel génétique de l'hôte. Cela entraîne une infection dont la plupart des virologues pensent qu'elle subsiste toute la vie. Les facteurs qui influent sur le niveau d'activité du virus ne sont pas encore connus, mais il est clair que le virus peut passer facilement d'un état latent ou de sommeil à un état d'activité intense qui entraîne diverses manifestations pathologiques de gravité variable. En conséquence, une personne infectée par le virus LAV/HTLV-III demeure probablement susceptible de développer une maladie causée par ce virus pendant toute sa vie.

On ne connaît pas encore pleinement tout l'éventail des maladies causées par une infection à LAV/HTLV-III. Le SIDA qui est actuellement la conséquence connue la plus grave d'une telle infection est caractérisé par une destruction des éléments clés du système immunitaire de l'hôte, provoquant une série d'infections opportunistes et de tumeurs malignes graves et à issue fatale. D'après les données actuelles, 1 à 2 % par an au moins des personnes infectées par le LAV/HTLV-III développeront un SIDA.

Une série de manifestations cliniques un peu moins graves causées également par le LAV/HTLV-III sont désignées sous le nom de "para-SIDA". Les personnes atteintes d'un para-SIDA souffrent de troubles divers tels que des états fébriles chroniques, des diarrhées, des pertes de poids, des sueurs nocturnes, et un gonflement des ganglions lymphatiques. D'après les dernières données disponibles, il semble qu'environ 5 à 10 % par an des personnes infectées par le LAV/HTLV-III développeront un para-SIDA. Les personnes atteintes d'un para-SIDA risquent aussi davantage d'évoluer vers une forme franche de SIDA : 5 à 10 % par an.

Le LAV/HTLV-III se comporte aussi comme un "virus lent" infectant le système nerveux central. Il semble être responsable de toute une série de syndromes neurologiques, allant d'une inflammation aiguë de l'encéphale à une démence chronique. La découverte relativement récente du virus LAV/HTLV-III et la courte période d'observation des sujets infectés font qu'il est difficile d'évaluer la somme des troubles neurologiques qui pourront finalement être imputés au LAV/HTLV-III. Les manifestations ultimes d'une infection subaiguë et chronique de l'encéphale par le LAV/HTLV-III ne pourront être mises en évidence qu'au cours des 10 à 30 prochaines années. Néanmoins, il est très possible que les dommages neurologiques représentent l'aspect le plus destructeur des infections à LAV/HTLV-III.

Enfin, d'autres conséquences fâcheuses des infections à LAV/HTLV-III pourraient apparaître au cours des dix prochaines années. Compte tenu du rôle central joué par le système immunitaire dans toute une série d'états pathologiques, notamment les tumeurs malignes et les maladies "auto-immunes", les conséquences d'un dysfonctionnement immunologique associé au LAV/HTLV-III pourraient être très étendues. En résumé, l'impact final sur la santé des infections à LAV/HTLV-III, y compris les effets sur les générations futures, n'est encore pas connu, et les syndromes actuellement reconnus ne constituent qu'une partie encore non quantifiée du problème causé par le LAV/HTLV-III.

En conséquence, un sujet infecté par le LAV/HTLV-III, même s'il se sent en bonne santé, a un avenir très incertain, puisqu'il a environ 10 % de risques de développer un SIDA, 25 % de risques d'être atteint par un para-SIDA, et un risque inconnu de présenter une affection du système nerveux dans les 5 ans. Le risque annuel pour les sujets infectés de développer un SIDA ou un para-SIDA ne semble pas se modifier au cours des 5 à 7 premières années qui suivent l'infection, et le risque cumulatif final pour les sujets infectés est inconnu. Aussi est-il impossible de déterminer, sur la base des cas de SIDA déjà détectés, quelle sera la portée du problème causé par le LAV/HTLV-III en termes démographiques. A mesure que l'on disposera de davantage d'années d'observation, un tableau plus clair se dessinera. D'après les estimations actuelles, il semble qu'il y ait, dans les pays développés comme dans les pays en développement, environ 50 à 100 sujets infectés par le LAV/HTLV-III (ou plus) pour chaque cas de SIDA déclaré. Ainsi, on estime qu'il y a aux Etats-Unis entre 500 000 et 1 million de personnes infectées par le virus, et donc susceptibles de développer des problèmes de santé associés au LAV/HTLV-III.

Le SIDA et le para-SIDA sont des maladies coûteuses en termes de ressources humaines et financières. En raison du mode de transmission essentiellement sexuel, environ 90 % des sujets atteints dans les pays développés et en développement ont entre 20 et 49 ans. L'impact particulier sur les jeunes est illustré par le fait qu'à New York (Manhattan) et à San Francisco, le SIDA est devenu la cause la plus importante de décès prématurés (perte d'années d'espérance de vie) chez les hommes célibataires de 25 à 44 ans. Ainsi, il faut ajouter la perte de capital humain à la charge financière extrêmement lourde que représente une maladie incurable. Aux Etats-Unis, on a estimé que le coût moyen du traitement hospitalier de chaque patient atteint d'un SIDA atteignait US \$150 000. Dans les pays en développement, le traitement des sidatiques épuise les ressources déjà limitées dont on dispose pour les soins de santé. Enfin, l'absence de tout traitement efficace reconnu pour le déficit immunitaire associé au LAV/HTLV-III limite la thérapeutique à un traitement des effets secondaires (infections, cancers) et à des palliatifs.

Le phénomène de transmission de personne à personne du LAV/HTLV-III est dominé par le rôle des sujets en apparence sains mais infectés ("porteurs") dont on est certain qu'ils sont capables de transmettre le virus et qui, ainsi qu'on l'a mentionné plus haut peuvent être au nombre de 50 à 100 ou même davantage pour chaque cas reconnu de SIDA. Quelle que soit la région du monde étudiée, les modes de transmission du LAV/HTLV-III sont fondamentalement les mêmes : 1) sexuelle; 2) par contact avec le sang et les produits sanguins; et 3) périnataux (avant, pendant ou peu de temps après la naissance). Deux schémas épidémiologiques "classiques" ont été identifiés dans les pays développés et les pays en développement. Dans les pays développés, le mode de transmission le plus important est la transmission entre homosexuels masculins et bisexuels et entre utilisateurs de drogues administrées par voie intraveineuse. Grâce à des programmes de dépistage et autres mesures, les transfusions sanguines et les injections de facteurs de coagulation ont pratiquement cessé d'être un mode de transmission du LAV/HTLV-III dans ces régions. Dans certaines parties du tiers monde (par exemple en Afrique), c'est la transmission par contacts hétérosexuels qui domine le tableau épidémiologique, les personnes recevant des injections ou d'autres traitements avec des aiguilles souillées ou d'autres instruments perforant la peau, les enfants nés de mères infectées et les receveurs de transfusions sanguines non contrôlées risquant, eux aussi, d'être infectés par le LAV/HTLV-III.

Partout dans le monde, le contact sexuel est d'une importance primordiale dans la transmission du LAV/HTLV-III. Ce mode de transmission crée des problèmes extraordinaires au niveau de la lutte contre cette maladie, car il est avéré que les maladies à transmission sexuelle se propagent rapidement et efficacement, aussi bien à l'intérieur d'un pays qu'à l'échelle internationale. La sexualité et tout ce qui s'y rattache est généralement une question dont il est difficile de discuter ouvertement par suite de tout un ensemble de facteurs sociaux et religieux complexes. Néanmoins, en l'absence de vaccin, la prévention de la transmission par voie sexuelle dépend de stratégies éducatives qui devront être particulièrement bien pensées et ciblées pour être efficaces.

Plusieurs régions du monde connaissent maintenant des endémies ou des épidémies importantes de maladies associées au LAV/HTLV-III et, en particulier, l'Amérique du Nord, l'Europe, l'Amérique du Sud, l'Afrique et l'Australie. Sauf pour l'Amérique du Nord, l'Europe et l'Australie qui avaient notifié au total 22 404 cas de SIDA au 5 mai 1986 (87 % de ceux-ci aux

Etats-Unis), le nombre des cas signalés ne reflète pas la situation réelle en ce qui concerne le SIDA. Par exemple, on sait que dans plusieurs villes d'Afrique centrale, l'incidence du SIDA est égale ou supérieure à celle de New York et de San Francisco alors que 9 pays d'Afrique seulement ont officiellement déclaré un total de 378 cas de SIDA.

La situation du SIDA en Afrique illustre l'ampleur et le caractère fulgurant de la pandémie actuelle due au LAV/HTLV-III. Des études effectuées dans plusieurs pays d'Afrique centrale ont fait apparaître des taux d'infections à LAV/HTLV-III (réaction sérologique positive à la méthode ELISA et aux méthodes d'immunoblotting) de 2 à 20 % chez des adultes sains n'appartenant pas à des groupes de population déterminés. Dans une ville d'Afrique centrale, il y avait, vers le milieu des années 70, une mère séropositive sur 500 femmes en bonne santé (soit 0,2 %). En 1984, la séroprévalence dans un groupe de femmes âgées de 20 à 39 ans de cette même ville était de 8 %, soit 40 fois plus que dans les années 70. Les conséquences de cette récente progression spectaculaire des infections à LAV/HTLV-III dans les pays d'Afrique centrale sont notamment un nombre important de cas de SIDA, un nombre croissant d'enfants infectés par le LAV/HTLV-III à la naissance (on estime que 2 à 4 % de l'ensemble des nouveau-nés sont infectés dans les régions où 8 % des femmes enceintes sont séropositives), des interactions complexes entre les infections à LAV/HTLV-III et des maladies endémiques importantes du point de vue de la santé publique telles que la tuberculose, la rougeole, la malnutrition et le paludisme et l'infection présumée par le LAV/HTLV-III de 6 à 16 % des donneurs de sang.

Indépendamment du fait que le problème des infections à LAV/HTLV-III s'est aggravé dans ces régions (qui sont probablement touchées depuis le milieu ou la fin des années 70), on constate qu'il y a en Afrique une extension géographique rapide du phénomène. Par exemple, d'après des études séroépidémiologiques effectuées chez des prostituées d'une ville d'Afrique orientale, il semble que le LAV/HTLV-III ait été introduit dans cette population au début des années 80. Le fort pourcentage de ces prostituées qui étaient infectées en 1985, ainsi que la séroprévalence qui est maintenant constatée chez les mères saines de la même région - alors qu'il n'y avait pratiquement pas de cas reconnus de SIDA dans ce pays jusqu'à une date très récente (1985) - tendent à démontrer que la pénétration virale dans la communauté sera importante d'ici à ce que les premiers cas cliniques de SIDA aient été dépistés. Les chiffres récents selon lesquels 20 sur 289 (7 %) des prostituées d'un pays d'Afrique occidentale seraient séropositives sont également préoccupants bien que l'étendue de la propagation du virus en Afrique occidentale, orientale et méridionale soit encore inconnue.

Bien qu'il soit difficile de faire des généralisations pour l'ensemble d'un continent, on estime qu'il pourrait y avoir en Afrique 1 à 2 millions de personnes infectées par le LAV/HTLV-III ou même davantage. Si l'on considère qu'il y a 1 million de personnes infectées, en prenant l'hypothèse la plus optimiste selon laquelle 1 % par an de ces cas évoluerait vers un SIDA clinique déclaré, il pourrait y avoir en Afrique un minimum de 10 000 nouveaux cas de SIDA par an.

Le monde peut être divisé en trois zones selon l'état actuel du problème causé par le LAV/HTLV-III. Le premier groupe comprend les pays développés qui s'intéressent au SIDA depuis plusieurs années. Ces pays reconnaissent l'importance pour la santé publique des infections à LAV/HTLV-III et disposent de ressources suffisantes pour s'attaquer aux multiples aspects de ce problème. Le second groupe de pays comprend les pays qui sont apparemment indemnes ou quasi-indemnes de toute infection à LAV/HTLV-III. Il s'agit de pays aussi bien développés qu'en développement qui ont actuellement la possibilité enviable de prendre des mesures rationnelles pour se protéger contre la pandémie due au LAV/HTLV-III. Certains de ces pays ont les ressources nécessaires pour mettre sur pied une surveillance et d'autres activités de contrôle mais d'autres ne les ont pas. Enfin, dans le troisième groupe, on trouve les nombreux pays du tiers monde qui connaissent actuellement une crise occasionnée par le SIDA. Ainsi qu'on l'a mentionné plus haut, certains de ces pays sont caractérisés d'un point de vue épidémiologique par la transmission hétérosexuelle, la transmission par des aiguilles, seringues et autres instruments perforant la peau non stériles, la transmission périnatale et la propagation par des transfusions sanguines non contrôlées. Ces pays sont confrontés à un problème complexe dû au LAV/HTLV-III qui vient s'ajouter aux problèmes de santé publique déjà graves du tiers monde que sont la malnutrition, les maladies diarrhéiques, la rougeole et le paludisme.

Si une action de santé publique concertée n'est pas entreprise pour lutter contre le SIDA, il y aura inévitablement une progression incontrôlée des infections à LAV/HTLV-III dans le monde entier, et toutes les classes de la population seront finalement touchées. Les caractéristiques biologiques et épidémiologiques particulières de cette infection exigent que la pandémie due au LAV/HTLV-III soit considérée comme un problème de santé publique unique et non pas simplement comme l'un des multiples problèmes dus aux maladies transmissibles auxquels le monde est confronté aujourd'hui. Les populations indemnes doivent être protégées car l'infection à LAV/HTLV-III constitue à elle seule un problème sanitaire ayant de profonds retentissements tant pour l'individu que pour la santé publique. Les "porteurs sains" sont non seulement très exposés eux-mêmes à développer ultérieurement une maladie grave, mais constituent aussi un danger pour la santé publique, car ils risquent encore plus d'infecter d'autres personnes. Le problème de santé publique causé par le LAV/HTLV-III ne permet pas d'attendre que soient mis au point des agents antiviraux ou des vaccins efficaces. Les solutions à des problèmes sanitaires de caractère pandémique passent par une coopération internationale et une coordination des activités à l'échelle mondiale.

III. PROGRES REALISES VERS UN PROGRAMME DE LUTTE A L'ECHELLE MONDIALE

En novembre 1983, la première réunion sur le SIDA s'est tenue au Siège de l'OMS à Genève. En 1983 et en 1984, des réunions régionales ont aussi été organisées sur ce sujet en Europe et en Amérique. A la suite de la Première Conférence internationale sur le SIDA, tenue à Atlanta (Etats-Unis d'Amérique), en avril 1985, un groupe de consultation OMS a recommandé que l'OMS établisse un réseau de centres collaborateurs sur le SIDA, assure la coordination des activités de surveillance du SIDA à l'échelle mondiale, et aide à mettre au point des stratégies de lutte efficaces. La première réunion des Centres collaborateurs de l'OMS sur le SIDA, tenue du 25 au 26 septembre 1985, a conclu que l'OMS avait un rôle important à jouer dans la lutte contre le SIDA, notamment dans les pays en développement, et a recommandé que l'Organisation institue, au Siège, un programme mondial concernant le SIDA. Une deuxième réunion des Centres collaborateurs, tenue du 16 au 18 décembre 1985, a défini un programme pour la poursuite d'activités en collaboration entre l'Organisation, son réseau de Centres collaborateurs et les Etats Membres.

Les discussions qui ont eu lieu au Comité du Programme du Conseil exécutif en novembre 1985, et au Conseil exécutif en janvier 1986, ont conduit à l'adoption d'une résolution (EB77.R12) dans laquelle le Directeur général a été prié de développer encore les activités du programme de l'OMS sur le SIDA et de rechercher des fonds additionnels de sources extrabudgétaires pour soutenir des programmes nationaux et collectifs de surveillance et d'épidémiologie, de services de laboratoire, d'études cliniques de prévention et de lutte. Ces fonds seraient destinés à compléter le budget accordé à la Division des Maladies transmissibles sur le fonds du Directeur général pour le développement pour la période biennale 1986-1987.

Au cours de l'année 1985, le problème du SIDA a été abordé dans les six Comités régionaux de l'OMS. Les Etats Membres ont demandé à l'OMS de jouer un rôle actif dans la coordination des activités régionales et mondiales de lutte contre le SIDA. En outre, au cours des six derniers mois, cinq des six Régions OMS ont organisé des ateliers pour discuter de la question du SIDA et l'expérience de la Région africaine en donne une illustration. Un atelier sur le SIDA en Afrique centrale s'est tenu à Bangui, en République centrafricaine, du 22 au 25 octobre 1985, avec la participation de neuf pays d'Afrique centrale. Cet atelier a recommandé que l'OMS aide les pays à faire face au SIDA et a examiné dans quels domaines particuliers l'OMS pourrait collaborer avec les Etats Membres. Par la suite, au cours d'une réunion tenue à Brazzaville du 3 au 7 mars 1986, un ensemble de "Recommandations relatives à un plan de lutte contre le SIDA dans la Région africaine de l'OMS" a été adopté à l'unanimité à l'issue d'un long débat en plénière. Tous les pays de la Région africaine de l'OMS étaient représentés à cette réunion.

En résumé, entre la première fois où l'OMS a manifesté officiellement de l'intérêt pour le SIDA en 1983 et l'heure actuelle, un consensus s'est dégagé entre les Etats Membres, les groupes d'experts et les Centres collaborateurs sur le SIDA concernant le rôle que l'OMS doit jouer dans la lutte mondiale contre le SIDA, les composantes essentielles d'un programme de lutte contre le SIDA au Siège, le rôle des Bureaux régionaux de l'OMS, et les approches préconisées pour la lutte contre le SIDA à l'échelon des pays.

En établissant le Programme OMS de lutte contre le SIDA à la Division des Maladies transmissibles au Siège, l'OMS s'investit à long terme dans la lutte contre le SIDA. L'Organisation considère en effet que le SIDA pose un problème et un défi de santé publique exceptionnels et qu'il illustre la plus grande leçon de notre époque : à savoir que nous sommes, selon les termes mêmes du Directeur général, embarqués sur un même vaisseau spatial, notre terre. L'OMS occupe une position unique pour coordonner les activités de lutte contre le SIDA.

Pour donner effet à cet engagement, l'OMS a fourni les ressources financières nécessaires pour que deux fonctionnaires à plein temps soient affectés au Programme de lutte contre le SIDA. En outre, des ressources humaines venant d'un certain nombre de secteurs techniques connexes de l'Organisation et représentant l'équivalent de six personnes/année seront dégagées au cours de la présente période biennale pour appuyer l'effort de lutte contre le SIDA. Pendant la période biennale 1984-1985, l'OMS a financé des activités de lutte contre le SIDA sur plusieurs postes du budget ordinaire du Siège et des Régions. On estime qu'en 1986-1987 environ US \$1 150 000 sous forme d'allocations inscrites au budget ordinaire de l'Organisation, ainsi que sous forme de contributions en personnel, seront mis à disposition pour appuyer cet effort.

IV. LUTTE CONTRE LE SIDA A L'ECHELLE MONDIALE

Un consensus concernant les composantes fondamentales d'un programme de lutte contre le SIDA s'est dégagé des consultations avec les Etats Membres, les centres collaborateurs, les groupes d'experts, l'Assemblée mondiale de la Santé et les comités régionaux. Cette approche de la lutte anti-SIDA requiert une coordination et une complémentarité des activités au niveau du Siège, des Régions et des pays.

A. Vue d'ensemble

1. Le rôle premier du Siège et des Régions est la coordination, à savoir :

- 1) échange d'informations sur l'épidémiologie du SIDA et les études séroépidémiologiques des infections à LAV/HTLV-III, ainsi que sur la législation et les politiques adoptées par les Etats Membres pour lutter contre la propagation de l'infection;
- 2) préparation et distribution de directives pour le diagnostic, la surveillance, la prévention et la lutte contre les infections à LAV/HTLV-III, destinées au grand public, aux groupes à haut risque et aux personnels de santé;
- 3) évaluation des nécessaires d'épreuves pour la recherche des anticorps (ou autres) disponibles sur le marché, encouragement de la recherche pour la mise au point d'épreuves simples et peu coûteuses à utiliser sur le terrain, notamment dans les pays en développement, et établissement et distribution de réactifs de référence OMS;
- 4) coopération avec les Etats Membres pour la définition de mesures/programmes nationaux de lutte contre les infections à LAV/HTLV-III. Le rôle important des organisations non gouvernementales, notamment dans les secteurs de la santé, des services sociaux et de la protection maternelle et infantile sera souligné;
- 5) conseils aux Etats Membres pour assurer l'innocuité du sang et des produits sanguins;
- 6) coordination de la recherche sur les agents thérapeutiques, les vaccins et les rétrovirus simiens.

NOTE : On trouvera à l'annexe A des détails sur les activités proposées en 1986-1987 et sur les besoins correspondants en ressources extrabudgétaires.

2. A l'échelon national, un plan d'action pour la lutte contre le SIDA est nécessaire. Ce plan représente un modèle de stratégie pour l'organisation de la lutte contre le SIDA et les infections à LAV/HTLV-III sur une période de 1 à 3 ans. Une fois les aspects épidémiologiques éclaircis, le système de surveillance et la capacité de laboratoire établis, le tableau clinique défini et les efforts initiaux d'éducation du public entrepris, l'activité à l'échelon national se concentrera probablement sur des programmes élargis d'éducation du public et sur la maîtrise de certains problèmes particuliers tels que les transfusions sanguines, les injections et la

transmission périnatale. Aussi, le schéma présenté dans la section qui suit ne représente-t-il que la phase initiale d'un plan national à long terme de lutte contre le SIDA.

B. Principales composantes du programme national

Le premier point est de toute évidence la volonté nationale de s'attaquer aux problèmes complexes posés par les infections à LAV/HTLV-III.

Un plan global à l'échelon national commence par la création d'un Comité national anti-SIDA (ou l'équivalent) placé le plus souvent sous les auspices du Ministère de la Santé et réunissant des représentants des secteurs de la santé, des services sociaux, de l'éducation et autres domaines concernés. Une collaboration étroite avec l'OMS doit être encouragée, en invitant le représentant de l'OMS à participer aux délibérations du Comité. Le Comité national sera chargé de coordonner les activités de lutte contre le SIDA, de rassembler et de maintenir une documentation sur les infections à LAV/HTLV-III dans le pays et de définir, concevoir et évaluer les principales composantes du programme de lutte.

Pour définir le programme national, une étude épidémiologique et une évaluation des ressources sont nécessaires au départ. Ce travail initial d'évaluation doit être conçu comme un tout, être conduit sur une période relativement brève (4 à 8 semaines) et comporter deux composantes principales : a) évaluation épidémiologique afin de déterminer la prévalence des infections à LAV/HTLV-III dans certaines régions et examen et compilation de toutes les données existantes sur le LAV/HTLV-III dans le pays; et b) évaluation des ressources/infrastructures pour déterminer quelle est la capacité du système de santé existant à appuyer les différentes composantes - épidémiologie, laboratoire, clinique et prévention - du programme national de lutte contre le SIDA.

Sur la base des résultats de l'évaluation initiale, un système de surveillance sera mis en place afin de fournir en temps voulu au Comité national anti-SIDA des informations épidémiologiques utiles concernant les infections à LAV/HTLV-III, y compris le SIDA. En outre, des études sérologiques pourront être effectuées sur certains groupes de population et sur la base de l'analyse initiale de la situation épidémiologique nationale, une sérosurveillance de certains groupes et des études épidémiologiques particulières pourront être envisagées.

L'appui de services de laboratoire sera nécessaire pour les activités épidémiologiques, cliniques et de prévention. Sur la base des résultats de l'évaluation initiale, des décisions seront prises quant à la nécessité de créer sur place une capacité de sérodiagnostic. Une capacité nationale de laboratoire sera établie partout où cela sera nécessaire et faisable.

On aidera les systèmes nationaux de santé à dépister et diagnostiquer les maladies associées au LAV/HTLV-III, et à y faire face, y compris en ce qui concerne le traitement hospitalier des personnes infectées par le LAV/HTLV-III et l'attitude de la communauté à leur égard. Il est vital du point de vue de l'individu et de l'action de santé publique que des conseils soient dispensés aux personnes infectées par le LAV/HTLV-III, que le caractère confidentiel de l'information soit respecté et qu'il soit tenu compte des dimensions éthiques de ces infections.

Le principal objectif d'un programme national de lutte contre le SIDA reste d'empêcher que le LAV/HTLV-III soit transmis à des personnes saines. Les activités de prévention seront avant tout éducatives et orientées vers le grand public, vers certains groupes particuliers à haut risque identifiés par des analyses épidémiologiques ainsi que vers les agents de santé à tous les niveaux. Le but de ces efforts d'éducation est d'arriver à modifier les comportements, et les organisations de base (non gouvernementales) pourront être d'un grand secours à cet égard. En dehors des stratégies éducatives, une attention particulière sera accordée dans certains secteurs aux transfusions sanguines, aux injections et à la transmission périnatale.

La mise en oeuvre d'un programme national de lutte contre le SIDA suppose que l'Etat Membre soit prêt à reconnaître que le SIDA et les infections à LAV/HTLV-III sont un problème sanitaire exigeant un investissement personnel budgétaire et politique à court et à long terme.

NOTE : On trouvera à l'annexe B une description plus détaillée des principales composantes de la stratégie nationale.

C. Coût des programmes nationaux de lutte contre le SIDA

Le coût de la phase initiale d'un programme national dépendra évidemment de tout un ensemble de facteurs propres au pays en question, notamment en ce qui concerne la surveillance épidémiologique et l'infrastructure de laboratoire. Néanmoins, on trouvera à l'annexe C des estimations budgétaires pour la phase initiale (1 à 2 ans) d'un programme national, y compris des estimations concernant la contribution propre du pays. L'annexe D donne une évaluation plus détaillée du coût des diverses composantes, avec notamment différentes hypothèses et options principales concernant le niveau de l'appui de laboratoire.

V. COORDINATION DE L'ACTION A L'ECHELLE MONDIALE

A. Organisation

La structure organique du Programme de lutte contre le SIDA reflète la nécessité d'assurer une coordination à l'échelle mondiale ainsi qu'une assistance à l'échelon national (opérationnel). Le premier objectif - la coordination à l'échelle mondiale - nécessite que des liens étroits soient établis entre les cinq principaux groupes suivants : 1) les parties intéressées (donneurs et bénéficiaires de l'aide); 2) les Centres collaborateurs de l'OMS sur le SIDA; 3) le Siège de l'OMS et les programmes régionaux (par exemple, PEV, services d'information du public, législation sanitaire); 4) les autres organisations internationales y compris les institutions du système des Nations Unies (par exemple : le FISE); et 5) d'autres groupes d'experts et institutions.

Un comité directeur, composé de représentants de chacun de ces principaux groupes sera chargé de donner des conseils sur les politiques et stratégies des programmes, d'évaluer les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs fixés et d'assurer la coordination bilatérale et multilatérale des activités de lutte contre le SIDA. Ainsi, le Programme profitera-t-il d'un haut niveau de participation et d'une répercussion rapide et efficace des données d'expérience. Ce comité directeur sera l'expression de l'expérience collective et des perspectives des différents groupes susmentionnés mais ne remplacera évidemment pas une communication systématique et une interaction directe entre le Programme et les différents Etats Membres et organisations directement intéressés et associés à la lutte contre le SIDA.

En dehors du comité directeur, une structure devra être mise en place pour assurer les relations à l'intérieur de l'OMS et avec les Centres collaborateurs sur le SIDA. Au sein de l'OMS, il sera établi une équipe de travail spéciale chargée de coordonner les activités du Programme avec celles d'autres programmes OMS au niveau du Siège. Elle sera formée de représentants des services s'occupant de l'information du public, du développement des laboratoires, des produits biologiques, de la lutte contre les maladies à transmission sexuelle, de la législation sanitaire, de l'éducation sanitaire, de la santé mentale et du PEV. En outre, l'étendue des répercussions des infections à LAV/HTLV-III nécessitera de conserver une certaine souplesse dans la composition de cette équipe de travail spéciale, afin que les problèmes qui surgissent puissent être abordés de manière coordonnée.

Vu le nombre important des Centres collaborateurs de l'OMS sur le SIDA (25 centres désignés, en cours de désignation ou proposés au 1^{er} mai 1986), il est impératif de limiter la fréquence des réunions régulières de l'ensemble de ces centres compte tenu des problèmes financiers que pose l'organisation de telles réunions. Les tâches des Centres collaborateurs sont spécifiées dans leur mandat et comprennent les activités suivantes :

- 1) aider à entreprendre les études/enquêtes initiales sur le SIDA et le LAV/HTLV-III;
- 2) aider les pays à se doter d'une capacité de diagnostic de laboratoire en leur fournissant un appui technique, en assurant une formation et en faisant passer des tests d'aptitude professionnelle;
- 3) procéder à des épreuves sérologiques de confirmation;
- 4) effectuer des contrôles de qualité sur les laboratoires nationaux de référence;
- 5) fournir du matériel et des réactifs de référence;
- 6) contribuer à la diffusion d'informations techniques.

En outre, le Programme, avec le concours de tous les Centres collaborateurs, constituera des groupes d'experts pour assurer une direction technique dans certains domaines tels que les nécessaires d'épreuve pour le diagnostic des infections à LAV/HTLV-III, les thérapeutiques antivirales, l'élaboration de vaccins et la surveillance épidémiologique. Ces groupes d'experts pourront se réunir pour étudier des questions techniques particulières ou pourront être consultés par téléphone ou télex.

Les contacts entre le Programme et l'ensemble des participants seront assurés au premier chef par les représentants au comité directeur. Toutefois, des mises au point régulières avec toutes les parties directement intéressées ainsi que des réunions occasionnelles seront nécessaires pour maintenir en permanence une coordination étroite et un consensus.

Grâce à tout ce réseau de liens individuels et collectifs venant se superposer aux canaux de communication déjà existants entre le Siège et les bureaux régionaux, le Programme disposera de l'expérience et des compétences nécessaires pour mener à bien sa tâche de coordination.

B. Ligne d'action

Pendant la période biennale 1986-1987, la lutte contre le SIDA à l'échelle mondiale nécessitera une mobilisation du Siège de l'OMS, des bureaux régionaux, de l'organisation des Etats Membres, des parties concernées par les programmes d'aide et des Centres collaborateurs pour le SIDA. Le Programme OMS de lutte contre le SIDA au Siège, conduira les activités d'intérêt général suivantes :

- 1) échange d'informations;
- 2) préparation et distribution de directives, de manuels et de matériels didactiques sur le SIDA et sa prévention;
- 3) évaluation des méthodes de diagnostic des infections à LAV/HTLV-III, coordination des efforts pour la mise au point d'épreuves simples et peu coûteuses utilisables sur le terrain, et établissement de réactifs de référence OMS;
- 4) conseils aux Etats Membres pour assurer l'innocuité du sang et des produits sanguins;
- 5) coordination de la recherche, en particulier sur les agents thérapeutiques et les vaccins, les rétrovirus simiens et les aspects épidémiologiques et comportementaux du SIDA et des infections à LAV/HTLV-III.

Ces activités nécessitent la collaboration, l'appui et les conseils de tous les niveaux de l'OMS, des autres institutions du système des Nations Unies, des Etats Membres, des parties concernées par les programmes d'aide, des Centres collaborateurs pour le SIDA et des experts extérieurs, ainsi qu'il est décrit à la section A.

Pour aider les Etats Membres à établir des programmes nationaux de lutte contre le SIDA, des ressources extrabudgétaires seront nécessaires. L'appui fourni à ces programmes pourra cependant être bilatéral ou multilatéral. En ce qui concerne la participation du Programme OMS de lutte contre le SIDA, trois niveaux d'intervention peuvent être envisagés :

- 1) Au minimum, le Programme assurera la communication et l'échange d'informations avec les partenaires bilatéraux concernant la conception, les objectifs, les résultats obtenus et l'évaluation du programme national; le Programme s'acquittera ainsi de son rôle de coordonnateur des activités de lutte contre le SIDA à l'échelle mondiale.
- 2) Le Programme pourra assister les programmes bilatéraux au niveau de la conception, de la mise en oeuvre et de l'évaluation des composantes du Programme national de lutte contre le SIDA, en fournissant des conseils techniques spécifiques, en organisant des séminaires et des cours de formation, en achetant du matériel et des fournitures et en prêtant son assistance pour l'examen et l'évaluation du Programme.
- 3) Le Programme pourra fournir toute l'assistance technique nécessaire à un pays pour mettre en oeuvre les principales composantes de son Programme national de lutte contre le SIDA, en utilisant les ressources d'une seule partie ou de plusieurs parties intéressées.

Cette approche pourra constituer une solution valable pour assurer la coordination de plusieurs appuis bilatéraux accordés simultanément à différentes composantes d'un programme anti-SIDA (par exemple, appui de laboratoire fourni par une partie intéressée et appui épidémiologique/surveillance apporté par une autre partie).

Il est essentiel d'établir un ordre de priorité pour assurer une allocation optimale des ressources limitées. Il est proposé de tenir compte des trois critères principaux suivants pour l'allocation des ressources :

Critères principaux

- 1) Reconnaissance par les autorités nationales de l'importance du SIDA et des infections à LAV/HTLV-III et expression de leur détermination d'établir et de maintenir un programme national de lutte contre le SIDA.
- 2) Gravité apparente du problème causé par le LAV/HTLV-III, d'après les données nationales disponibles et la connaissance que l'on peut avoir de la situation épidémiologique régionale.
- 3) Forte préférence pour des programmes nationaux complets plutôt que pour la mise en oeuvre non concertée d'éléments dispersés (par exemple, achat de matériel de laboratoire avant l'évaluation de l'étendue du problème posé par les infections à LAV/HTLV-III, ou avant l'évaluation des besoins du pays en services de sérodiagnostic ou du potentiel de collaboration interpays ou régionale). La priorité sera donnée à des programmes nationaux de lutte contre le SIDA complets et bien conçus ou à des programmes nécessitant la fourniture d'un appui dans certains domaines bien particuliers (par exemple, les services de laboratoire) pour renforcer des structures nationales de lutte anti-SIDA valables à d'autres égards.

Autres critères

- 1) Etendue des ressources nationales disponibles pour mettre en oeuvre la phase initiale du Programme national de lutte contre le SIDA.
- 2) Potentiel d'évaluation des activités du programme et de l'impact sur la transmission du virus LAV/HTLV-III afin de tirer parti au maximum des connaissances dérivées de l'expérience pratique.
- 3) Capacité et volonté des autorités nationales de faire appel à des organisations non gouvernementales (NGO) ainsi qu'à tout un ensemble de secteurs (santé, éducation et services sociaux) dans le cadre de la stratégie de lutte contre le SIDA.
- 4) Capacité démontrée de mettre en oeuvre et de maintenir des programmes nationaux, y compris au niveau de la programmation et des engagements budgétaires.
- 5) Considérations de répartition géographique à l'échelle mondiale, afin d'assurer que les expériences en matière de lutte contre le SIDA soient géographiquement bien réparties et incluent notamment les pays qui ne sont pas encore confrontés au problème des infections à LAV/HTLV-III mais qui ont besoin de mettre sur pied des programmes d'alerte et de prévention.

C. Soutien de la lutte contre le SIDA à l'échelle mondiale

L'inquiétude suscitée par le SIDA à l'échelle mondiale a déjà motivé de nombreuses demandes d'assistance pour l'établissement de programmes nationaux de lutte contre le SIDA ou pour renforcer les activités des programmes de lutte existants dans un ou plusieurs domaines (par exemple la surveillance, les services de laboratoire, la prévention et/ou l'éducation).

Une coordination mondiale des activités anti-SIDA est indispensable. A la suite des discussions approfondies qui ont lieu à plusieurs niveaux dans toutes les régions du monde, on s'est maintenant mis d'accord sur le principe d'une coordination des activités à l'échelle mondiale par l'OMS, sur la nécessité d'adopter des plans d'action nationaux, sur la conception de programmes nationaux de lutte contre le SIDA, et sur le rôle spécifique de coordination du Programme OMS de lutte contre le SIDA.

Un financement extrabudgétaire est nécessaire aussi bien pour appuyer la coordination à l'échelle mondiale que pour fournir une assistance directe aux Etats Membres dans l'établissement de leurs programmes nationaux de lutte contre le SIDA. La combinaison de programmes d'assistance bilatéraux et multilatéraux, avec la coordination de l'OMS, permettra d'accélérer l'effort global pour lutter contre le SIDA au niveau national, et par voie de conséquence, au niveau international également.

Il est impératif que l'action entreprise soit rationnelle, rapide et bien coordonnée. On est maintenant arrivé au consensus nécessaire sur la manière de procéder, et le Programme OMS de lutte contre le SIDA a été rapidement créé et doté en personnel. L'effort international de lutte contre le SIDA peut maintenant se poursuivre dans la mesure où un soutien international est mobilisé.

I. ACTIVITES PROPOSEES DANS LE CADRE DU PROGRAMME OMS DE LUTTE CONTRE LE SIDA

1986-1987

A. Echange d'informations

1. Etablir des formulaires OMS pour la notification des cas individuels et pour les notifications nationales mensuelles ou trimestrielles concernant l'incidence du SIDA.
2. Recueillir et diffuser des données sur la surveillance du SIDA.
3. Recueillir et diffuser des données sur la séroépidémiologie des infections à LAV/HTLV-III, en insistant sur une uniformité de présentation suffisante pour permettre des comparaisons dans l'espace (géographique) et le temps.
4. Recueillir et diffuser des informations sur la capacité opérationnelle - y compris la capacité de réaliser des épreuves de laboratoire - des programmes nationaux de lutte contre le SIDA.
5. Recueillir et diffuser des informations sur la législation et les politiques adoptées par les Etats Membres pour lutter contre la propagation du LAV/HTLV-III.
6. Convoquer au moins une fois par période biennale une réunion de tous les Centres collaborateurs OMS sur le SIDA pour procéder à un échange d'informations (et à une évaluation des programmes).
7. Recueillir et diffuser des informations concernant les programmes bilatéraux et multilatéraux de recherche sur le SIDA et de lutte anti-SIDA.
8. Fournir des mises à jour rapides, chaque fois que cela est nécessaire, par l'intermédiaire du Relevé épidémiologique hebdomadaire ainsi que par fac-similé ou télex (y compris par le service automatique de réponse par télex).
9. Collaborer avec le service des Médias de l'OMS pour la révision périodique des fascicules d'information sur le SIDA.
10. Assurer une mise à jour des informations transmises aux ministères de la santé sous forme de notes du service des Médias de l'OMS intitulées "De point en point".
11. Fournir aux ministères de la santé des mises à jour sur les informations scientifiques, techniques ou les informations concernant les programmes qui ont un rapport direct avec la lutte contre le SIDA.
12. Recueillir et diffuser des informations sur les nécessaires d'épreuve pour le diagnostic des infections à LAV/HTLV-III (voir la section 3).
13. Associer les médias à un dialogue actif sur la lutte globale contre le SIDA en insistant sur la crédibilité et la rapidité de transmission de l'information s'adressant au grand public.
14. Convoquer un atelier sur les aspects législatifs et politiques de la lutte contre le LAV/HTLV-III.

B. Préparation et distribution de directives

1. Elaborer et distribuer des directives destinées :
 - a) aux personnels de santé à tous les niveaux sur la prévention de la transmission du LAV/HTLV-III;

- b) aux sujets présentant des infections asymptomatiques à LAV/HTLV-III pour les guider et les conseiller;
- c) au grand public, sur la prévention de la transmission du LAV/HTLV-III.

2. Elaborer et distribuer des manuels techniques et des monographies sur la surveillance du SIDA, l'évaluation clinique des sujets infectés par le LAV/HTLV-III, les manifestations cliniques du SIDA dans différents cadres géographiques, et l'éducation du public pour la prévention du SIDA.

3. Coordonner l'élaboration de prototypes de matériels didactiques destinés aux groupes à haut risque et au grand public.

4. Elaborer et distribuer des directives sur l'utilisation des épreuves sérologiques de dépistage des infections à LAV/HTLV-III.

C. Evaluation des méthodes de diagnostic des infections à LAV/HTLV-III

1. Etablir des sérums de référence internationaux pouvant être utilisés pour évaluer les nécessaires d'épreuves existants ou nouvellement introduits pour le diagnostic des infections à LAV/HTLV-III (il faudra disposer de groupes de sérums provenant des différentes régions géographiques).

2. Recueillir et diffuser des informations concernant les caractéristiques d'utilisation des nécessaires d'épreuve.

3. Faciliter la distribution de virus LAV/HTLV-III ou autres virus pertinents afin de contribuer à la mise au point d'épreuves de dépistage et de diagnostic plus simples et moins coûteuses.

4. Coordonner la collecte et la caractérisation d'isollements supplémentaires de LAV/HTLV-III ainsi que leur échange gratuit par l'entremise des Centres collaborateurs de l'OMS sur le SIDA.

5. Coordonner la mise au point et le typage d'anticorps monoclonaux dirigés contre des épitopes spécifiques du LAV/HTLV-III et de clones d'ADNc de référence pour le diagnostic du SIDA et pour les travaux de recherche sur cette maladie.

6. Stimuler l'évaluation des nécessaires d'épreuve dans différentes conditions d'utilisation sur le terrain et différentes régions géographiques.

7. Négocier avec les fabricants de nécessaires d'épreuve l'achat en gros de ces nécessaires à des conditions favorables pour les pays en développement.

8. Stimuler la recherche et la mise au point de méthodes fiables, sensibles, spécifiques, simples d'emploi, peu coûteuses et thermostables de diagnostic et de dépistage.

D. Coopération avec les Etats Membres

1. Coordonner et appuyer les ateliers et cours de formation régionaux, inter pays et nationaux en épidémiologie/surveillance, épreuves de laboratoire et éducation/prévention.

2. Aider les Etats Membres en distribuant des directives pour les principales composantes des programmes nationaux de lutte contre le SIDA (par exemple, évaluation initiale, épidémiologie/surveillance, services de laboratoire, éducation des personnels de santé, prévention/éducation).

3. Aider directement les Etats Membres à établir des programmes nationaux de lutte contre le SIDA en leur fournissant des conseils techniques et une formation spécifiques, ainsi que des ressources pour appuyer la création et le maintien de structures de surveillance, de services de laboratoire et d'activités de prévention pour la lutte contre le SIDA, et en

assurant la coordination des aides bilatérales ou multilatérales, additionnelles ou futures. Deux options supplémentaires peuvent être envisagées à cet égard, en fonction du niveau de l'appui extrabudgétaire : a) élaboration de projets pilotes pour l'établissement de programmes nationaux de lutte contre le SIDA dans deux pays; et b) envoi de conseillers OMS, pour aider à l'élaboration de programmes nationaux de lutte contre le SIDA dans certains pays. Le budget des projets pilotes servirait à financer la phase initiale des deux programmes nationaux (évaluation initiale, surveillance/études sérologiques, laboratoires (option 2), aspects cliniques et prévention). Un conseiller affecté au programme et un fonctionnaire P.4 du Programme OMS de lutte contre le SIDA au Siège travailleraient en liaison étroite avec les deux programmes nationaux. Les régions choisies pour les projets pilotes seraient sélectionnées après consultation avec le comité directeur, en accordant une attention particulière à la faculté du programme national de servir de projet modèle (voir les autres critères aux paragraphes 2, 3 et 5 de la page 10). Les conseillers dans les pays pourraient être affectés au programme national par l'entremise du Bureau du représentant de l'OMS afin d'aider à la conception et à la mise en oeuvre de ce programme et de contribuer à la coordination avec les organisations non gouvernementales et à l'évaluation.

4. Aider les Etats Membres qui établissent des programmes nationaux de lutte contre le SIDA par une contribution allant de l'échange d'informations à une coopération technique et une coordination de l'aide bilatérale ou multilatérale additionnelle ou future.

5. Assurer l'échange d'informations concernant l'expérience pratique et l'évaluation des principales composantes des programmes nationaux de lutte contre le SIDA.

6. Stimuler la recherche opérationnelle concernant la prévention de la transmission sexuelle et de la transmission par des aiguilles et seringues contaminées ou par d'autres instruments perforant la peau.

E. Conseils aux Etats Membres pour assurer l'innocuité du sang et des produits sanguins

Les transfusions sanguines et l'utilisation de produits sanguins n'ont joué qu'un rôle mineur dans l'épidémie de SIDA et il existe des mesures de contrôle qui permettent de réduire encore les risques de transmission. Les programmes entrepris pour informer et éduquer les personnes à haut risque afin qu'elles s'abstiennent de donner leur sang et pour dépister la présence d'anticorps anti-LAV/HTLV-III ont donné de bons résultats. D'autres mesures comprennent diverses stratégies pour réduire la demande de sang, le remplacement du sang total ou du plasma par des composants et des dérivés sanguins lorsque cela est possible; et la limitation des transfusions de sang total ou de plasma aux cas médicalement justifiés. En ce qui concerne le dépistage en laboratoire, il convient d'accorder une attention particulière à l'information et l'éducation des donneurs de sang, à la confirmation des résultats des épreuves initiales, au respect du caractère confidentiel du résultat des épreuves et aux conseils et au suivi médicaux. Il faut aider les programmes nationaux de lutte contre le SIDA à évaluer le rôle des transfusions sanguines dans la transmission du LAV/HTLV-III à l'échelon national. Ces programmes devraient notamment évaluer les différentes stratégies possibles pour réduire les risques accrus d'infections par le LAV/HTLV-III liés aux transfusions sanguines dans le contexte plus large de la lutte anti-SIDA à l'échelon national.

Le Programme OMS de lutte contre le SIDA et le Programme du Sang de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sont convenus de collaborer étroitement à cet égard.

F. Coordination de la recherche

1. Coordonner l'action concertée et les échanges d'informations concernant :

- a) la recherche sur les agents antiviraux;
- b) la recherche sur les vaccins;
- c) les rétrovirus T-lymphotropes simiens.

2. Coordonner les discussions concernant les préparatifs pour d'éventuels essais sur le terrain des vaccins.
3. Convoquer un séminaire sur les agents antiviraux et sur la collaboration clinique internationale pour l'essai d'agents antiviraux dans différentes régions géographiques.
4. Servir de point focal pour les informations concernant la recherche comportementale sur les moyens de réduire les risques de transmission du LAV/HTLV-III.

II. RESSOURCES EXTRABUDGETAIRES POUR LES ACTIVITES MONDIALES DE LUTTE CONTRE LE SIDA

A. Echange d'informations

Frais d'impression et fournitures diverses	30 000
Réunion des Centres collaborateurs de l'OMS	62 500
Appui du séminaire sur la législation et la politique des pouvoirs publics	20 000
TOTAL PARTIEL	112 500

B. Préparation et distribution de directives

Consultation technique avec des groupes d'experts	50 000
Préparation de deux manuels et de deux monographies	80 000
Prototypes de matériels didactiques	30 000
TOTAL PARTIEL	160 000

C. Evaluation des méthodes de diagnostic

Capitaux d'amorçage pour les évaluations sur le terrain	40 000
Appui aux Centres collaborateurs de l'OMS pour les laboratoires de référence et autres services, à raison de 15 000 \$ par centre	375 000
TOTAL PARTIEL	415 000

D. Coopération avec les Etats Membres

Appui à des séminaires d'épidémiologie et de surveillance à l'échelon international, régional ou sous-régional	50 000
Appui à des ateliers de laboratoire	100 000
Appui à des ateliers de prévention/éducation	100 000
Conseillers dans les pays affectés aux programmes nationaux ($\approx 10 \times 65\ 000$)	650 000
Projets pilotes pour les deux programmes nationaux	911 000
TOTAL PARTIEL	1 811 000

E. Coordination de la recherche

Appui à un atelier sur les agents antiviraux et la collaboration clinique internationale	20 000
TOTAL PARTIEL	20 000

F. Appui administratif au Programme de lutte contre le SIDA

Un fonctionnaire de grade P.3, un fonctionnaire de grade G.3	78 000
BUDGET ESTIMATIF TOTAL (ressources extrabudgétaires) pour la PERIODE BIENNALE 1986-1987	US \$2 596 500

PRINCIPALES COMPOSANTES D'UN PROGRAMME NATIONAL DE
LUTTE CONTRE LE SIDA

A. CREATION D'UN COMITE NATIONAL ANTI-SIDA

Tout plan global de lutte contre le SIDA commence, sur le plan pratique, par la création d'un Comité national anti-SIDA, comprenant des représentants des secteurs de la santé, des services sociaux, de l'éducation et autres domaines intéressés. Le Comité sera chargé de coordonner les activités concernant le SIDA, de rassembler et de maintenir une documentation sur l'incidence du LAV/HTLV-III dans le pays, et de sélectionner, concevoir et évaluer les principales composantes du programme de lutte : épidémiologie, activités de laboratoire, activités cliniques et prévention. Pour définir ce programme national, il faut commencer par effectuer une évaluation initiale afin d'examiner la situation épidémiologique et les ressources et l'infrastructure disponibles.

B. EVALUATION INITIALE

1. Objectif

L'évaluation initiale est censée former un "tout" et devra être effectuée dans un laps de temps relativement court (3 à 8 semaines). Elle se divise en deux parties : évaluation épidémiologique et évaluation des ressources et de l'infrastructure.

L'évaluation épidémiologique doit permettre de déterminer la prévalence du LAV/HTLV-III dans le pays, ou dans certaines régions de celui-ci. Elle comprend :

- la confirmation de la présence d'une infection indigène à LAV/HTLV-III;
- une vérification de l'utilité des définitions existantes (CDC/OMS et cliniques) et affinement de la définition clinique si nécessaire;
- un examen et une analyse des données cliniques, de laboratoire et épidémiologiques déjà existantes sur le SIDA;
- l'exécution d'études sur les cas cliniques de SIDA dans certains services médicaux sélectionnés;
- l'exécution d'études sérologiques sur certains groupes de population déterminés (par exemple, les donneurs de sang, les prostituées, etc.).

L'évaluation des ressources et de l'infrastructure doit permettre de déterminer la capacité du système de santé existant, d'appuyer les différentes composantes du programme national de lutte contre le SIDA (épidémiologie, laboratoire, aspects cliniques et prévention). Elle comprendra :

- une évaluation des systèmes et ressources épidémiologiques du pays et une identification des ressources nécessaires pour la surveillance et les études sérologiques et autres (y compris les besoins en personnel, formation et matériel);
- une évaluation des systèmes et ressources nationaux en ce qui concerne les laboratoires, et une identification des ressources nécessaires pour effectuer des dépistages sérologiques des infections à LAV/HTLV-III adaptés à la demande existante et attendue (y compris la collecte et le transport de spécimens, le personnel, la formation, le matériel, les fournitures et les programmes visant à assurer la sécurité et la qualité des travaux de laboratoire);
- une évaluation des ressources cliniques nationales et des systèmes d'éducation et de formation continues et d'élaboration et de distribution de directives;
- une évaluation des ressources et systèmes nationaux d'éducation, d'information et de communication en matière sanitaire;

- une évaluation des banques du sang et des systèmes de transfusion;
- une évaluation des pratiques en matière d'injections et de stérilisation des instruments.

2. Besoins en ressources

Les ressources nécessaires pour cette évaluation épidémiologique sont les suivantes :

- deux consultants (en épidémiologie et en techniques de laboratoire);
- un appui pour les activités de laboratoire (soit importé dans le pays en même temps que les consultants, soit fourni par un laboratoire de référence extérieur).

C. EPIDEMIOLOGIE/SURVEILLANCE

1. Objet

Sur la base des résultats de l'évaluation initiale, un système de surveillance devrait être établi pour fournir en temps voulu les renseignements épidémiologiques utiles concernant les infections à LAV/HTLV-III (y compris le SIDA) au Comité national anti-SIDA.

Afin de mettre en place une surveillance du SIDA :

- des sites appropriés devraient être sélectionnés;
- des méthodes de surveillance devraient être identifiées (surveillance passive, active, à base hospitalière, assurée par des médecins contrôleurs, etc.);
- un formulaire national de surveillance devrait être élaboré;
- des plans devraient être définis pour l'analyse et la diffusion des données de surveillance;
- des informations concernant la surveillance des infections à LAV/HTLV-III et du SIDA devraient être distribuées aux personnes chargées de dispenser les soins de santé, (notamment définition des cas chez l'adulte et l'enfant);
- des dispositions devraient être prises en vue de la déclaration des cas de SIDA aux Bureaux régionaux de l'OMS;
- le système de surveillance devrait être évalué (par exemple : pourcentage des formulaires correctement et complètement remplis et répartition géographique des cas signalés).

Des études sérologiques devraient être effectuées sur certains groupes de population :

- sélection de groupes à "haut risque" et de groupes cibles en fonction des modes de transmission connus du LAV/HTLV-III et des résultats de l'évaluation initiale;
- sur la base des résultats initiaux et de l'analyse de la situation épidémiologique nationale, élaboration de plans pour la surveillance sérologique de certains groupes de population.

Les études épidémiologiques devraient être axées sur des sujets de recherche présentant un intérêt et une importance prioritaires (par exemple les facteurs de risque et les modes de transmission, l'évolution naturelle de la maladie, etc.).

2. Besoins en ressources

- Personnel local pour la surveillance et les études sérologiques.
- Consultants techniques (épidémiologie).
- Formation du personnel et autres personnes participant à la surveillance.
- Ordinateurs et logiciels.

- Impression de formulaires et autres documents.
- Véhicules/transport.
- Radio/communications.

D. LABORATOIRE

1. Objet

Un appui de laboratoire sera nécessaire pour les activités épidémiologiques, cliniques et de prévention. En fonction des résultats de l'évaluation initiale, il faudra dans la plupart des cas prévoir l'établissement d'une capacité locale de laboratoire pour l'exécution d'examen sérologiques de dépistage du LAV/HTLV-III par la méthode ELISA.

A cette fin, il faudra :

- sélectionner des sites pour l'exécution des travaux de laboratoire;
- engager et former du personnel de laboratoire local;
- se procurer le matériel et les fournitures de laboratoire nécessaires;
- renforcer les systèmes de collecte et de transport des spécimens;
- déterminer qui fournira l'appui nécessaire en matière de laboratoires de référence (par exemple pour les épreuves de confirmation);
- développer les programmes visant à assurer la sécurité et la qualité des travaux de laboratoire.

2. Besoins en ressources

- Personnel local.
- Consultants techniques.
- Programmes de formation pour le personnel de laboratoire.
- Matériel de laboratoire, tant générique (réfrigérateurs et centrifugeuses) que spécifique pour l'application de la méthode ELISA (diluteurs et lecteurs de plaques).
- Fournitures de laboratoire tant génériques (matériel pour les prélèvements sanguins, éprouvettes, fioles pour le stockage du sérum, pipettes) que spécifiques de l'ELISA (pipettes, nécessaires d'épreuve).
- Appuis de laboratoire divers, y compris pour la manipulation et le transport des spécimens à l'intérieur du pays jusqu'au laboratoire et pour les épreuves de confirmation.

E. ASPECTS CLINIQUES

1. Objet

Il faudrait aider les systèmes nationaux de santé à reconnaître, diagnostiquer et gérer les cas d'infections à LAV/HTLV-III, y compris en ce qui concerne le traitement hospitalier et l'accueil par la communauté des personnes infectées. Il est d'une importance primordiale de conseiller les personnes infectées par le LAV/HTLV-III, tant pour modifier leur comportement individuel que pour des raisons de santé publique.

Sur le plan clinique, sont notamment importantes les activités suivantes :

- Fournir au personnel de santé à tous les niveaux des directives ainsi qu'une éducation et une formation pour le diagnostic des infections à LAV/HTLV-III.

- Fournir des directives ainsi qu'une éducation et une formation sur le traitement hospitalier et ambulatoire et l'accueil par la communauté des personnes infectées par le LAV/HTLV-III.
- Fournir des directives ainsi qu'une éducation et une formation pour les conseils aux personnes infectées par le LAV/HTLV-III.
- Concevoir des programmes axés sur la périphérie pour les tradipraticiens.

2. Besoins en ressources

- Traduction ou élaboration de directives et d'autres matériels.
- Impression et distribution de directives et d'autres matériels.
- Organisation de séminaires d'enseignement pour le personnel de santé, y compris les tradipraticiens.

F. PREVENTION

1. Objet

Le principal objectif des programmes nationaux de lutte contre le SIDA est de prévenir la transmission du LAV/HTLV-III à des personnes non infectées par une action s'intégrant dans l'infrastructure sanitaire nationale et renforçant au maximum cette infrastructure. Les activités de prévention doivent être axées sur des programmes éducatifs visant le grand public, les groupes à haut risque et les dispensateurs des soins de santé.

Pour le grand public, les connaissances scientifiques que l'on peut avoir sur les facteurs de risque et les modes de transmission du LAV/HTLV-III doivent être converties en messages et matériels adaptés à la population locale et destinés à susciter des modifications de comportement. A cet égard, l'accent doit être mis sur l'activité et les pratiques sexuelles et (dans beaucoup de régions du tiers monde) sur les attitudes à l'égard des infections. Une "Réunion sur les stratégies éducatives pour la lutte contre le SIDA" doit se tenir à Genève les 17 et 18 juin 1986. Les approches et stratégies en matière d'éducation sanitaire et d'information du public qui se dégageront de cette réunion pourront être prises en considération.

Les groupes à haut risque du point de vue de la transmission sexuelle et parentérale du LAV/HTLV-III doivent être identifiés. Une modification des comportements peut être encore plus difficile à obtenir chez ces groupes que dans le grand public.

Les dispensateurs des soins de santé doivent être informés sur les aspects cliniques des infections à LAV/HTLV-III (décrits dans la section relative aux aspects cliniques) ainsi que sur leur rôle dans la prévention de la transmission par transfusions sanguines et utilisation d'aiguilles et de seringues contaminées ou autres instruments perforant la peau.

En dehors des aspects éducatifs, on peut aussi se pencher sur la transmission du LAV/HTLV-III par voie parentérale et périnatale. La prévention de la transmission du LAV/HTLV-III par transfusions sanguines peut nécessiter une modification du système de collecte de sang et de transfusion, y compris éventuellement un dépistage effectué sur les donneurs ou un contrôle des prélèvements de sang, pour rechercher les anticorps antivirus LAV/HTLV-III. La prévention de la transmission par injections peut nécessiter l'adoption de programmes visant à prévenir la réutilisation de seringues et aiguilles jetables ou de méthodes permettant d'assurer une stérilisation fiable du matériel d'injection réutilisable. On peut également prévoir des programmes axés sur la stérilisation des autres instruments perforant la peau ou entrant en contact avec les muqueuses (tels que les scarificateurs, couteaux à circoncision, dispositifs pour percer les oreilles). Pour ce qui est de la transmission périnatale, les femmes considérées comme présentant un risque particulier d'infection par le LAV/HTLV-III devront être identifiées et soumises à un dépistage systématique qui sera suivi de conseils et éventuellement d'une aide en matière de contrôle des naissances.

2. Besoins en ressources

- Matériels didactiques (information du public) : sous forme audiovisuelle ou imprimée.
- Consultants techniques sur les stratégies et matériels d'information du public.
- Consultants techniques sur les banques du sang.
- Stérilisateurs appropriés pour les seringues et aiguilles; ensembles seringues/aiguilles autodestructibles; seringues réutilisables en matière plastique ou en verre de haute qualité; autres matériels.
- Personnel local pour les programmes éducatifs et autres frais associés.

BUDGET ESTIMATIF POUR LA PHASE INITIALE
 D'UN PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

I. Contributions extrabudgétaires

<u>COMPOSANTE</u>	<u>COUT ESTIMATIF (US \$)</u>	<u>POURCENTAGE</u>
Evaluation initiale	55 000	14
Epidémiologie/surveillance	93 600	24
Laboratoire (variante 2)	140 800	37
Clinique	21 900	6
Prévention	71 200	19
TOTAL	<u>US \$ 382 500</u>	<u>100</u>

II. Contributions du pays

Les contributions propres du pays à la phase initiale (1 ou 2 ans) du programme national de lutte contre le SIDA comprendront généralement la fourniture de personnel, de matériel, de moyens de transport, de carburants, d'eau, gaz, électricité, etc., de mobilier ainsi que la prise en charge des loyers et des frais d'entretien. On trouvera ci-après des estimations de la contribution nationale, rapportée à la contribution des parties intéressées.

<u>COMPOSANTE DU PROGRAMME</u>	<u>COUT ESTIMATIF (US \$)</u>	<u>RAPPORT*</u>
Evaluation initiale	20 000	1:2,8
Epidémiologie/surveillance	24 000	1:3,9
Laboratoire	30 000	1:4,7
Clinique	15 000	1:1,5
Prévention	25 000	1:2,8
TOTAL	<u>US \$ 114 000</u>	<u>1:3,4</u>

* - Rapport de la contribution nationale à la contribution de la partie intéressée.

ESTIMATIONS BUDGETAIRES DETAILLEES POUR
LES PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LE SIDA

EVALUATION INITIALE

a) Evaluation épidémiologique

1. Consultants (y compris les frais de voyages internationaux et à l'intérieur du pays)	US \$ 24 500
2. Appui des services de laboratoire (pour le contrôle sérologique de jusqu'à 1000 spécimens)	12 000
TOTAL	US \$ 36 500

Hypothèses de base

1. Les épreuves de laboratoire s'effectuent à l'extérieur du pays, si bien que les besoins portent uniquement sur la collecte de sérums et le stockage et l'expédition des échantillons.
2. Le laboratoire du pays est équipé d'un centrifugeur.

b) Evaluation des ressources et infrastructure

1. Consultants (y compris les frais de voyages internationaux et à l'intérieur du pays)	US \$ 18 500
---	--------------

COUT ESTIMATIF TOTAL DE L'EVALUATION INITIALE	US \$ 55 000
---	--------------

EPIDEMIOLOGIE/SURVEILLANCE

a) Système de surveillance

1. Consultant (y compris les frais de voyages internationaux et à l'intérieur du pays)	US \$	8 000
2. Personnel local		7 000
3. Séminaires de formation (dans le pays)		5 500
4. Ordinateurs (matériels et logiciels)		11 500
5. Impression de formulaires, essence, etc., fournitures diverses		8 000
6. Véhicules (2 véhicules de type Land Rover)		17 500
7. Radio/appui du réseau de communication		5 500
Coût total du système de surveillance	US \$	63 000

b) Etudes sérologiques

1. Consultant (y compris les frais de voyages internationaux et à l'intérieur du pays)	US \$	9 200
2. Personnel local		3 400
3. Fournitures (laboratoire, imprimerie)		14 700
4. Frais de voyage du personnel local		2 300
5. Divers		1 000
Coût total des études sérologiques	US \$	30 600

Hypothèses de base

1. Il existe dans le pays une capacité de laboratoire permettant de réaliser des épreuves ELISA et de contrôler jusqu'à 2500 échantillons de sérum; des diagnostics de confirmation peuvent être effectués sans qu'il soit nécessaire de s'adresser à un laboratoire de référence.
2. Il n'est pas prévu de budget pour la recherche épidémiologique sur les facteurs de risque, les modes de transmission et l'évolution naturelle de la maladie.

COUT ESTIMATIF TOTAL POUR LA COMPOSANTE EPIDEMIOLOGIQUE

	US \$	<u>93 600</u>
--	-------	---------------

LABORATOIRE

1.	Personnel national	US \$	6 700
2.	Consultant (y compris les frais de voyages internationaux et à l'intérieur du pays)		8 000
3.	Séminaires de formation (dans le pays)		2 000
4.	Frais d'expédition (à l'intérieur du pays et vers le laboratoire de référence)		3 000
5.	Matériel de laboratoire :		
	a) Générique		14 700
	b) Spécifique de la méthode ELISA		27 300
6.	Fournitures de laboratoire :		
	a) Variante 1 : 2000 épreuves ELISA par an :		
	1. Fournitures génériques		4 500
	2. Nécessaires d'épreuves		11 300
	Total pour la variante 1	US \$	15 800
	b) Variante 2 : 10 000 épreuves ELISA par an :		
	1. Fournitures génériques		22 600
	2. Nécessaires d'épreuves		56 500
	Total pour la variante 2	US \$	79 100
	c) Variante 3 : 50 000 épreuves ELISA par an :		
	1. Fournitures génériques		113 000
	2. Nécessaires d'épreuves		282 500
	Total pour la variante 3	US \$	395 500
COUT ESTIMATIF TOTAL POUR LA COMPOSANTE LABORATOIRE :			
	- Variante 1 (2000 épreuves par an)		<u>77 500</u>
	- Variante 2 (10 000 épreuves par an)		<u>140 800</u>
	- Variante 3 (50 000 épreuves par an)	US \$	<u>457 200</u>

Hypothèses de base

1. Pour la formation, on suppose qu'au moins une personne d'un laboratoire local a participé à un séminaire sur la méthode ELISA.
2. L'appui générique comprend : un réfrigérateur, une centrifugeuse, un conditionneur d'air, une glacière, un autoclave, un incubateur et des régulateurs de tension électrique.
3. L'appui de laboratoire spécifique de l'ELISA comprend : un lecteur de plaques, un diluteur automatique, des pipettes spéciales pour la dilution manuelle.

4. On estime le coût du matériel de laboratoire générique à US \$2 par épreuve (cela comprend le matériel pour les prélèvements sanguins, les éprouvettes, les fioles pour le sérum et les pipettes).

5. Le coût des nécessaires d'épreuves ELISA est estimé à US \$5 par épreuve, y compris le transport.

6. Les coûts du soutien de laboratoire énumérés ci-dessus correspondent au soutien de diagnostic et au soutien épidémiologique. Si l'on désire avoir des épreuves ELISA pour les banques du sang et d'autres programmes de dépistage, il faut prévoir le coût de ces épreuves en sus.

CLINIQUE

- Traduction de directives, impression et distribution	US \$	5 600
- Séminaires pour l'éducation des personnels de santé		11 300
- Achat/production de matériels didactiques		5 000
		<hr/>
COUT ESTIMATIF TOTAL DE LA COMPOSANTE CLINIQUE	US \$	<u>21 900</u>

PREVENTION

1. Personnel national	US \$	6 800
2. Consultant (y compris les frais de voyages internationaux et à l'intérieur du pays)		7 900
3. Préparation du matériel, reproduction, distribution		28 300
4. Banque du sang : consultant (y compris les frais de voyages internationaux et à l'intérieur du pays)		7 900
5. Appui de laboratoire pour l'évaluation des banques du sang		9 000
6. Projet pilote sur les seringues/aiguilles		11 300
		<hr/>
COUT ESTIMATIF TOTAL DE LA COMPOSANTE PREVENTION	US \$	<u>71 200</u>

Hypothèses de base

a) Des stratégies d'éducation sanitaire/information du public seront définies à une réunion du début juin 1986.

b) L'appui de laboratoire pour l'évaluation des banques du sang n'interviendra que s'il existe, dans le pays, une capacité de réalisation des épreuves ELISA, si bien que seules les fournitures génériques et les fournitures spécifiques ELISA (nécessaires d'épreuves) seront nécessaires.

c) Des projets pilotes avec utilisation de seringues/aiguilles réutilisables ou d'ensembles seringues/aiguilles à usage unique ou autodestructibles sont envisagés.