
PROGRAMME
SPECIAL DE LUTTE
CONTRE LE **SIDA**

RAPPORT DE LA CONFERENCE
REGIONALE SUR LE SIDA
EN AFRIQUE

BRAZZAVILLE
11-13 NOVEMBRE 1986



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE



RAPPORT DE LA PREMIERE CONFERENCE REGIONALE
SUR LE SIDA EN AFRIQUE

Brazzaville, 11-13 novembre 1986

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
I. INTRODUCTION	1
II. RECOMMANDATIONS RELATIVES A UN PLAN D'ACTION POUR LUTTER CONTRE LE SIDA DANS LA REGION AFRICAINNE DE L'OMS	2
III. DISCUSSIONS D'ATELIER	3
ANNEXE 1 Discours du Professeur G.L Monekosso, Directeur du bureau régional de l'OMS pour l'Afrique	27
ANNEXE 2 Le SIDA: Un bilan international, présenté par le Dr Jonathan Mann, Responsable du Programme spécial de Lutte Contre le SIDA, WHO, Genève	31
ANNEXE 3 Liste des participants	37

This document is not a formal publication of the World Health Organization (WHO), and all rights are reserved by the Organization. The document may, however, be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, in part or in whole, but not for sale or use in conjunction with commercial purposes.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni traduit, partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

I. INTRODUCTION

Le plan d'action pour la lutte contre le SIDA dans la Région africaine de l'OMS (6 mars 1986) reconnaissait que le SIDA était devenu un problème de santé publique important en Afrique et qu'une vigilance, tant au niveau national qu'international, appuyée par des mesures spécifiques, était nécessaire pour limiter la propagation du VIH.

La première Conférence régionale sur le SIDA en Afrique organisée par l'OMS s'est tenue du 11 au 13 novembre 1986 à Brazzaville, République populaire du Congo. La liste des participants des pays africains et des spécialistes scientifiques des pays touchés par le VIH et les infections à rétrovirus apparentées figure dans l'Annexe 3.

La Conférence régionale sur le SIDA en Afrique avait pour but de mettre en oeuvre les résolutions que les organes directeurs de l'Organisation (Conseil exécutif, Assemblée mondiale de la Santé, Comité régional de l'OMS) ont adressées à l'OMS et aux Etats Membres. Elle devait permettre à l'OMS et aux Etats Membres de réaliser leurs programmes, notamment en ce qui concerne l'échange d'informations, l'amélioration des connaissances scientifiques et l'expérience pratique de la lutte contre le SIDA.

Les premiers Africains choisis pour participer à cette Conférence ont été les présidents des Comités nationaux de lutte contre le SIDA ainsi que les autres preneurs de décisions dont les activités quotidiennes ont un impact sur le programme de lutte contre cette maladie. Ce choix a été motivé par le souci de l'OMS d'aider les pays à établir sans délai les programmes prioritaires du plan d'action de lutte contre le SIDA dans la Région africaine tel qu'il avait été adopté à Brazzaville en mars 1986.

Après une série de séances plénières, la Conférence s'est scindée en plusieurs ateliers. Le discours prononcé en séance plénière par le Directeur régional pour l'Afrique, le Professeur G. Monekosso, figure dans l'Annexe 1.

L'exposé présenté par le Dr J. Mann, Responsable du programme spécial de lutte contre le SIDA, est reproduit dans l'Annexe 2.

Le Dr Itoua-Ngaporo (Congo) a été élu Président de la Conférence, le Dr F. Mhalu (Tanzanie), Vice-Président et le Dr J. Schwalbac (Mozambique), Rapporteur.

Les objectifs de la Conférence ont été définis comme suit :

- (i) examiner et actualiser les données scientifiques concernant la biologie et l'immuno-pathogénèse de l'infection à VIH et du SIDA dans le monde, et les problèmes de laboratoire qui s'y rapportent;
- (ii) examiner et actualiser les caractéristiques cliniques, thérapeutiques et épidémiologiques du VIH et des rétrovirus apparentés en Afrique;
- (iii) examiner les expériences acquises en Afrique sur le SIDA et les activités menées concernant :
 - (a) la surveillance épidémiologique et l'examen des facteurs de risque moyennant des études prospectives;
 - (b) la définition, le diagnostic clinique et les essais thérapeutiques, le test de dépistage et les épreuves de confirmation de l'infection à VIH;
 - (c) le dépistage en laboratoire et les épreuves de confirmation;
 - (d) la prévention de la transmission par voie sexuelle;

- (e) l'éducation des professionnels de la santé;
- (iv) l'échange d'informations sur le SIDA en Afrique;
- (v) les recommandations spécifiques sur la prévention du SIDA et sur la lutte contre cette maladie à faire aux pays, au Bureau régional de l'Afrique et au Siège de l'OMS à Genève.

II. RECOMMANDATIONS RELATIVES A UN PLAN D'ACTION POUR LUTTER CONTRE LE SIDA DANS LA REGION AFRICAINE DE L'OMS

1. Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et d'autres manifestations de l'infection à LAV/HTLV-III représentent aujourd'hui un grave problème de santé publique dans de nombreuses régions du monde, dont l'Afrique. Le SIDA risque par conséquent d'entraver l'instauration de la santé pour tous d'ici l'an 2000. Il faut sans plus attendre que les Etats et la communauté internationale soient sur le qui-vive, prêts à intervenir, car aucun pays n'est à l'abri de l'infection à LAV/HTLV-III. A l'heure actuelle, il n'existe pas d'agents thérapeutiques, ni de vaccins pour traiter ou prévenir le SIDA. Un sujet infecté peut faire un SIDA, un para-SIDA, ou rester en parfaite santé tout en étant capable de transmettre la maladie ("porteurs sains"). Il faut donc prendre des mesures pour empêcher le LAV/HTLV-III de se propager davantage et notamment promouvoir l'information et l'éducation du public, s'assurer que le sang et les produits sanguins ne sont pas contaminés et éviter d'utiliser des aiguilles, seringues et autres instruments d'effraction cutanée non-stérilisés.
2. Sur le plan opérationnel, le point de départ d'une stratégie globale de lutte contre le SIDA est la création d'un Comité national de lutte contre le SIDA, d'un groupe de travail ou de quelque organisme similaire. Ce Comité, composé de représentants de la santé, de l'action sociale, de l'éducation et d'autres secteurs concernés, aura un rôle de coordination et des fonctions d'ordre consultatif et opérationnel. Il lui incombera d'élaborer le programme d'une stratégie nationale comprenant trois éléments principaux : i) une évaluation initiale de la situation en ce qui concerne le LAV/HTLV-III ainsi que des ressources disponibles dans le pays; ii) le renforcement de l'infrastructure sanitaire de façon à pouvoir soutenir les activités épidémiologiques, biologiques, cliniques et prophylactiques; et iii) des programmes d'éducation et d'information sur le SIDA et sa prévention destinés au grand public, aux groupes à risque et aux agents de santé à tous les échelons.
3. L'évaluation initiale doit déterminer la prévalence du SIDA et de l'infection à LAV/HTLV-III grâce à une surveillance épidémiologique et à des enquêtes sérologiques menées parmi des populations choisies. Il faut également déterminer dans quelle mesure l'infrastructure sanitaire existante est capable de soutenir la surveillance et les études épidémiologiques, les tests effectués en laboratoire, l'identification et la prise en charge des cas cliniques.
4. Il convient de renforcer l'infrastructure sanitaire. Il sera peut-être nécessaire de former du personnel et de se procurer des équipements et des matériels de référence pour faciliter la mise en place et le fonctionnement du système de surveillance. En outre, des ressources seront sans doute nécessaires pour conduire les recherches épidémiologiques sur les facteurs de risque, les modes de transmission et les autres paramètres épidémiologiques locaux. Il faut déterminer la capacité des laboratoires de procéder aux diagnostics épidémiologiques et cliniques et connaître les ressources dont ils disposent.

5. On doit se préoccuper de garantir le contrôle de la qualité et de tester l'efficacité des travaux de laboratoire ainsi que d'envisager la mise au point, en laboratoire, de méthodes appropriées de lutte contre l'infection. Si l'on veut que la Région africaine soit autosuffisante, il convient de créer un certain nombre de centres collaborateurs pour le SIDA destinés à soutenir ces activités et à effectuer des épreuves de confirmation. La formation clinique et l'éducation des agents de santé à tous les niveaux permettra de les familiariser avec le SIDA et d'autres formes de l'infection à LAV/HTLV-III. Outre la formation et la fourniture de matériels de référence pour les diagnostics cliniques, il faudra mettre au point des méthodes pour traiter les cas de SIDA et lutter contre l'infection et diffuser largement les informations. Des activités éducatives et la fourniture d'équipements ou d'autres matériels pourront se révéler nécessaires pour soutenir les mesures de prévention contre la transmission du LAV/HTLV-III par du sang, des produits sanguins, des aiguilles ou des instruments contaminés.
6. L'éducation et l'information du grand public et des groupes à risque sont primordiales. Au niveau opérationnel, les directives générales et les connaissances disponibles sur les facteurs de risque et les modes de transmission du LAV/HTLV-III doivent servir à préparer des matériels éducatifs destinés à la population locale ou nationale. Le grand public doit être pleinement renseigné sur la nature du SIDA et de l'infection à LAV/HTLV-III, sur leurs modes de transmission et sur leur importance en tant que problème de santé. Il faut insister sur le fait que l'on peut prévenir l'infection à LAV/HTLV-III et que le SIDA ne se transmet pas par des contacts superficiels avec des personnes contaminées. Il convient d'encourager les agents de santé à informer les patients et le grand public sur le SIDA et les moyens de se prémunir contre l'infection à LAV/HTLV-III.
7. Le SIDA est un problème de santé en pleine évolution et d'une dimension internationale. Les Etats Membres qui font partie de la Région africaine devraient, avec leur Organisation :
 - i) procéder à une évaluation initiale au niveau national;
 - ii) renforcer l'infrastructure sanitaire de manière à soutenir les activités épidémiologiques, biologiques, cliniques et prophylactiques;
 - iii) mettre en oeuvre des programmes d'éducation et d'information destinés au grand public, aux groupes à risque et aux agents de santé;
 - iv) collaborer à la lutte contre le SIDA sous toutes ses formes dans le contexte de la CTPD : par l'échange d'informations (y compris la notification des cas de SIDA), de données d'expérience et d'experts, par une collaboration entre les laboratoires, par un soutien technique de la part des pays plus avancés sur le plan technologique, par la formation de chercheurs dans d'autres pays, etc.;
 - v) l'OMS, quant à elle, devrait rechercher les moyens qui permettraient aux Etats Membres de lutter efficacement contre le SIDA.

III. DISCUSSIONS D'ATELIER

Des ateliers ont été organisés en anglais et en français sur les sujets suivants : 1) surveillance et enquêtes sérologiques; 2) facteurs de risque et études prospectives; 3) prévention et lutte; 4) éducation des professionnels de la santé; 5) prise en charge des cas comprenant les conseils à donner aux contacts des patients et à leurs familles; 6) dépistage en laboratoire et tests de confirmation; et 7) sang et produits sanguins.

Suit un résumé des discussions préparé par le rapporteur de chaque groupe.

1A SURVEILLANCE ET ENQUETES SEROLOGIQUES
(Groupe anglais)

Activités en cours :

Zaire

- Le projet SIDA gère un service de dépistage volontaire du VIH à base communautaire.
- Le système de surveillance se limite surtout à la capitale, Kinshasa.
- La décision d'informer le patient est laissée au médecin.
- Ce programme est en vigueur depuis 1984.

Ghana

- Il a été élaboré un formulaire pour consigner les données de la surveillance.
- Un système de surveillance utilisant comme méthode de confirmation l'immunofluorescence ou le test ELISA a été établi en mars 1986.
- Le système de surveillance utilise la définition OMS du SIDA.
- A ce jour, seules deux personnes sur les 900 ayant subi le test se sont révélées positives - toutes deux ont voyagé à l'étranger.

Libéria

- La sensibilisation au problème de santé publique que représente le SIDA date de 6 mois et elle a suscité, de la part du public, la demande de création d'un programme de surveillance du VIH.
- Le pays dispose des moyens nécessaires pour effectuer le test ELISA et la confirmation par l'immuno-transfert.

Ouganda

- Un Comité national pour la prévention du SIDA a été créé.
- Un système de surveillance utilisant la définition OMS du SIDA a été mis en place. Il est apparu que cette définition n'est pas suffisamment spécifique pour l'Afrique, car il y a beaucoup d'autres maladies qui peuvent, sur le plan clinique, ressembler au SIDA.
- La prise de conscience massive et l'inquiétude suscitée par le SIDA dans l'ensemble de la communauté ont renforcé la demande relative à un système de surveillance. Celui-ci a révélé que le déplacement des populations à l'intérieur du pays et de la région constituait le principal facteur de risque.

Kenya

- Un Comité National de lutte contre le SIDA a été créé.
- Plusieurs enquêtes sérologiques ont été effectuées parmi différents groupes de population:

Séroprévalence

(a) Femmes enceintes dans de grands hôpitaux	
urbains	2%
(b) Unités de transfusions	0,5%
(c) Prostituées	59%
(d) Hommes dans des dispensaires pour MST	18%

- Pas de surveillance sérologique de la population générale.

Gambie

- Aucun programme national de lutte contre le SIDA.

- Le laboratoire du Conseil de la recherche médicale a procédé à une collecte de sang au sein de la population; les résultats ne sont pas encore connus.

Principaux problèmes

Recherche

Ethiopie:

Le pays dispose de moyens de diagnostic mais ne peut les utiliser pour des raisons économiques.

Gabon

- Le pays a besoin d'aide en matière de technique d'échantillonnage en raison de la très faible séroprévalence; il paraît inutile de dépenser beaucoup d'argent pour, en définitive, obtenir un grand nombre de données négatives.
- Quels groupes d'individus a-t-on le plus intérêt à surveiller et comment procéder à leur échantillonnage.

Zaïre

Il faudrait élaborer une méthode applicable dans toute la Région.

Prévention/Lutte

- Aspect éthique: les patients soumis à un programme de surveillance sont-ils informés des résultats ?
- Quelles sont les populations qui devraient être soumises à un programme de surveillance ?
 - (a) banques du sang;
 - (b) qui doit déterminer les populations devant faire l'objet d'enquêtes et organiser la surveillance ?
- Il faut que le système soit simple, sinon il ne sera pas appliqué.
- Conditions préalables à la mise au point d'un système de surveillance :
 - (a) engagement économique;
 - (b) engagement politique;
 - (c) engagement social.
- Il faut intégrer le programme de surveillance à la planification familiale et aux activités MST. L'éducation sexuelle, par exemple, existe dans certains pays, pas dans d'autres. L'OMS devrait contrôler ce qui se fait en la matière. Il semble que l'Ouganda ait un programme ambitieux.

1B SURVEILLANCE ET ENQUÊTES SEROLOGIQUES

(Groupe français)

Activités en cours

La plupart des pays africains ont établi des systèmes de surveillance du SIDA :

- par la création d'un Comité national de prévention du SIDA et
- par la réalisation d'enquêtes séro-épidémiologiques.

Il est à souligner cependant :

- que quatre pays n'ont pas encore constitué des comités de lutte contre le SIDA et ne disposent pas de données épidémiologiques sur la maladie;
- que d'autres pays n'ont fait la plupart de leurs études que sur la base de données cliniques;

- et que pour certaines enquêtes sérologiques faites, il y avait beaucoup de faux positifs, d'où la nécessité de disposer des tests fiables à l'avenir;
- que sont nécessaires une coordination sous-régionale et la création d'un centre collaborateur OMS pour le dépistage du SIDA dans chaque sous-région;
- qu'il est nécessaire de tester :
 - . tous les groupes sexuels à risque (prostituées, vagabonds sexuels);
 - . tous les donneurs de sang;
 - . tous les sujets exposés à des pratiques rituelles (scarification, tatouage);
- que la déclaration des cas de SIDA confirmés devrait être obligatoire.

Points critiques en matière de recherche

Une bonne approche en matière de recherche, de formation et de lutte contre le SIDA nécessite :

- une bonne coordination de la coopération sous-régionale et internationale pour les activités de recherche;
- la mise en oeuvre d'une information active sur le SIDA auprès du personnel médical et paramédical et du grand public;
- le choix de méthodes appropriées.

Certains pays, comme le Sénégal, ont fait des enquêtes séro-épidémiologiques qui ont conduit à l'isolement du virus HTLV-IV et qui leur ont permis d'aider des pays voisins à faire des enquêtes similaires.

La prévalence du SIDA parmi les groupes à risque sexuel et chez les polytransfusés a été étudiée et déterminée dans la plupart des pays.

La transmission mère-enfant a aussi été examinée dans certains pays.

Priorités à court terme de la recherche pour l'Afrique

- Continuation des recherches sur le HTLV-IV.
- Recherches sur la prévalence du SIDA dans les différents groupes d'âge.
- Recherches sur la prévalence du SIDA parmi les groupes à risque, y compris les sujets exposés à certaines pratiques (scarification et tatouage notamment).

Ce qui a été réalisé dans les pays représentés dans le groupe

- i) La plupart des pays africains ont établi des systèmes de surveillance du SIDA et les activités sont coordonnées par les comités nationaux de prévention du SIDA.
- ii) Des enquêtes séro-épidémiologiques utilisant pour la plupart le test ELISA, quelquefois confirmé par le Western Blot ou l'immunofluorescence, ont été effectuées dans certains pays. Ces tests ont porté sur certains groupes de population et plus particulièrement les donneurs de sang.
- iii) Dans d'autres pays comme le Tchad, la Gambie, la Guinée, le Libéria et le Niger, le SIDA vient à peine d'être reconnu comme problème de santé publique. Ainsi, ces pays n'ont pas encore créé de comités nationaux de prévention du SIDA et ne disposent pas de données épidémiologiques sur l'infection à VIH.
- iv) A défaut des moyens nécessaires pour effectuer les tests de laboratoire, la plupart des pays reconnaissent que les données épidémiologiques restent essentiellement basées sur l'évaluation clinique (définition OMS/Bangui).

Recommandations à l'OMS

L'OMS doit apporter une aide financière aux pays africains pour le développement de leurs programmes nationaux de lutte et de recherche sur le SIDA, notamment en ce qui concerne:

- l'équipement des structures de dépistage du SIDA;

- l'exécution des tests de dépistage et de confirmation du SIDA;
- la mise en oeuvre de programmes d'éducation pour la santé;
- la formation des biologistes aux techniques de diagnostic du SIDA;
- la supervision des programmes nationaux.

2A FACTEURS DE RISQUE ET ETUDES PROSPECTIVES
(Groupe anglais)

Ce qui se fait - Ce que l'on sait

Facteurs de risque :

- (1) Les principaux facteurs de risque sont :
 - (a) les rapports hétérosexuels avec un grand nombre de partenaires ou les rapports sexuels avec une personne infectée par le VIH;
 - (b) la prostitution, en raison du grand nombre de partenaires sexuels;
 - (c) la transmission périnatale d'une mère infectée à l'enfant;
 - (d) les transfusions sanguines.
- (2) Les difficultés économiques, l'urbanisation rapide et les problèmes liés à l'exode rural ont provoqué un accroissement de la prostitution dans certaines régions, augmentant ainsi le risque de transmission du VIH.
- (3) Aucun groupe, ou classe sociale, n'est à l'abri du risque ou à risque per se; le risque est uniquement lié au nombre de partenaires sexuels ou à la probabilité de rapports sexuels sans protection avec un partenaire infecté.
- (4) Les patients qui se rendent dans des dispensaires pour MST sont des sujets potentiellement exposés à l'infection à VIH ou capables de la transmettre.
- (5) Selon des données préliminaires, il semblerait que les ulcères génitaux, (tels que le chancre mou) soient associés à l'infection à VIH.

2B FACTEURS DE RISQUE ET ETUDES PROSPECTIVES
(Groupe français)

Seize délégués sont intervenus au nom de leurs Etats respectifs : Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Guinée, Guinée-Bissau, Madagascar, Mauritanie, Mozambique, Niger, République centrafricaine, Rwanda, Sénégal, Tchad, Togo, Zaïre.

- (1) Ce qui se fait
Enquêtes séro-épidémiologiques:
 - sur les groupes à risque;
 - sur la population générale.

Neuf Etats sur les 16 intervenants en ont pratiqué, la plupart avec une assistance extérieure plus ou moins importante. Les taux de séroprévalence dans la population générale sont plus faibles en Afrique occidentale (0 à 1%) qu'en Afrique centrale (0 à 7%). Dans les groupes à risque les taux varient de 0 à 60 ou 80%.

- (2) Enquêtes longitudinales sur certains groupes ou cohortes

Onze Etats sur les 16 intervenants pratiquent ce type d'investigation sur divers groupes séropositifs: prostituées, polytransfusés, tuberculeux, etc.

- (3) Surveillance clinique

Tous les intervenants ont déclaré que chez eux les médecins avaient été sensibilisés et que la surveillance clinique était à l'ordre du jour.

En Afrique occidentale, les cas cliniques sont pour l'instant peu nombreux.

(4) Education pour la santé

Quatre Etats sur les 16 intervenants ont déclaré avoir mis en route des programmes d'éducation pour la santé parmi la population générale et d'information parmi les groupes à risque.

(5) Laboratoire

Sept Etats sur les 16 intervenants possèdent un laboratoire capable de réaliser les tests de diagnostic (ELISA au moins) que nécessitent les enquêtes épidémiologiques.

(6) Facteurs de risque identifiés

(a) Promiscuité sexuelle

Elle est incontestablement le premier facteur de dissémination de l'infection. En revanche, on souligne la difficulté de donner une définition générale de la prostitution en Afrique : déclarée et professionnelle en certains points d'Afrique occidentale, elle est le plus souvent partout ailleurs occasionnelle, diffuse, voire clandestine.

(b) Transfusions sanguines

Reconnues partout comme un facteur de risque certain, leur fréquence relativement faible indique qu'elles ne sont pas, la plupart du temps, une cause majeure de dissémination de l'infection. Toute infection nécessitant des transfusions accroît le risque (drépanocytose, paludisme grave clinico-résistant).

(c) Transmission parentérale

Les injections médicamenteuses, les petits actes médico-chirurgicaux et les incisions traditionnelles sont fréquents. Les faibles taux de séroprévalence rencontrés chez les enfants, taux qui sont significativement plus bas que ceux des adultes, laissent penser que les injections médicamenteuses ne sont pas un des facteurs majeurs de diffusion de l'infection.

(d) Voyages à l'étranger

Plusieurs études sont en cours. Les premiers résultats ne semblent pas les désigner comme facteur de risque.

(7) Difficultés

Tous les intervenants ont insisté sur le fait que leurs Etats avaient mis en route ou étaient sur le point de lancer des programmes nationaux de surveillance du SIDA.

Les difficultés sont essentiellement de deux ordres :

(a) Manque de personnel qualifié dans les domaines

- des techniques de laboratoire;
- des techniques épidémiologiques;
- de l'éducation pour la santé.

(b) Moyens matériels insuffisants dans les domaines

- du laboratoire;
- de l'éducation pour la santé.

(8) Propositions

L'aide de l'OMS est sollicitée dans divers domaines :

(a) Formation de personnels dans les domaines :

- des techniques de laboratoire;

- de la surveillance épidémiologique;
 - des techniques d'éducation pour la santé.
- (b) Assistance technique de consultants de l'OMS pour aider les services nationaux à réaliser certaines évaluations.
 - (c) Assistance de consultants de l'OMS pour participer à des séminaires nationaux de formation et de recyclage.
 - (d) Fourniture de matériels et de réactifs de laboratoire.
 - (e) Fourniture de matériels d'éducation pour la santé adaptés aux différents pays.
 - (f) Définition des divers groupes à risque.

3A PREVENTION ET LUTTE (Groupe anglais)

Pour prévenir, il faut anticiper en agissant à partir des connaissances de l'évolution naturelle de l'infection afin d'empêcher la maladie de se déclarer ou de se développer.

Ce qui se fait actuellement

1. Création de comités consultatifs nationaux chargés de la lutte contre le SIDA, de sa prévention et de sa surveillance

En 1986, de nombreux pays avaient créé des comités nationaux de lutte contre le SIDA dont la composition type comprend des représentants du gouvernement, des universités, de l'armée et du corps médical en exercice. Ces comités sont chargés:

- (i) d'informer le gouvernement de l'existence et de l'ampleur du problème du SIDA et de l'infection à VIH;
- (ii) de la surveillance;
- (iii) de la formation des agents de santé et de l'éducation du public;
- (iv) de mettre au point d'autres mesures de lutte comme, par exemple, soumettre les donneurs de sang au test de dépistage et exclure les donneurs à haut risque afin de prévenir l'infection des produits sanguins;
- (v) d'examiner les projets de recherche proposés sur l'infection à VIH.

Dans certains pays, des groupes de travail ou des sous-comités ont été affectés à l'un ou plusieurs de ces domaines d'activité.

2. Surveillance

(i) Surveillance passive du SIDA

Certains comités consultatifs nationaux disposent de critères pour le diagnostic du SIDA. Ils ont mis au point des matériels didactiques sur le diagnostic du SIDA destinés à l'éducation des professionnels de la santé et ont organisé des séminaires à l'intention des médecins et des infirmières (lesquels ont à leur tour organisé des séminaires pour d'autres professionnels de la santé au niveau des régions et des districts). Ils ont également élaboré des formulaires et établi des conditions légales pour la notification des cas de SIDA. Dans certains pays, on a eu recours aux registres du cancer pour surveiller le sarcome de Kaposi. L'utilisation des certificats de décès pour surveiller les décès dus au SIDA n'a pas fait l'objet de discussions.

(ii) Surveillance active

Les systèmes de dépistage actif se limitent pour l'instant à quelques hôpitaux dans un très petit nombre de pays (le Zaïre, par exemple). A notre connaissance, il n'existe pas de système de dépistage actif du SIDA ou de l'infection à VIH à l'échelle de la communauté en Afrique.

(iii) Enquêtes sérologiques

De nombreux pays ont mené des enquêtes sur la prévalence instantanée des

anticorps anti-VIH parmi des groupes à haut risque déterminés (les prostituées, par exemple), parmi des populations de cas cliniques déterminés (les tuberculeux, par ex.) et parmi des citoyens ne faisant pas partie de groupes à haut risque (tels que les donneurs de sang, les femmes enceintes venues aux consultations prénatales). Trop peu d'études ont été menées dans les régions rurales en général; peu d'études; si tant est qu'il y en ait eu, ont été menées sur la séroprévalence au sein d'un échantillon représentatif de la population et, ce qui est plus important, aucune étude à grande échelle n'a été menée au sein de la population ou de cohorte représentative afin de définir l'incidence ou la morbidité de l'infection à VIH par rapport à celle d'autres maladies en Afrique.

3. Education et formation de professionnels de la santé

Les Comités nationaux ont donné le rang de priorité le plus élevé à l'éducation et à la formation des professionnels de la santé et du public en général. Les Comités les plus actifs ont déjà mis au point des matériels didactiques pour ces professionnels, insistant sur les critères OMS pour la définition du cas de SIDA et sur les stratégies de prévention et de traitement. Des ateliers ont été organisés au niveau central pour les directeurs régionaux des services de santé, les techniciens de laboratoire et les infirmières, qui ont été chargés de mettre au point des programmes régionaux d'éducation. Dans certains pays, des techniciens employés dans des hôpitaux centraux ont été formés sur place ou à l'étranger pour l'exécution du test ELISA de dépistage des anticorps anti-VIH et le gouvernement a fourni des fonds suffisants pour qu'il soit possible d'effectuer des tests sérologiques. Dans d'autres pays où les capacités des laboratoires ont été évaluées, on a conclu qu'aucun laboratoire ne disposait encore des installations, de l'équipement, des moyens financiers et de l'expérience nécessaires pour effectuer des tests sérologiques.

4. Education du public

L'importance accordée à l'éducation du public varie d'un pays à l'autre dans des proportions considérables. Certains pays ne reconnaissent pas l'existence du problème et ont une politique qui tend à décourager l'information du public sur le SIDA. Certaines institutions n'informent et ne conseillent même pas les patients que l'on sait infectés par le VIH. En revanche, de plus en plus de pays ont élaboré des matériels destinés à informer le public qui sont actuellement traduits en divers dialectes. Le SIDA y est présenté en des termes faciles à comprendre, l'importance de l'épidémie est soulignée et les messages suivants sont passés pour agir sur le comportement :

- (i) utiliser des préservatifs en cas de contact à haut risque;
 - (ii) éviter de s'exposer à des aiguilles contaminées ou de partager des aiguilles.
- Certains programmes d'éducation du public ont eu abondamment recours aux journaux et à la télévision pour diffuser ces messages et ont mis au point du matériel destiné à l'éducation sur le SIDA dans les écoles. On a observé qu'en l'absence de programmes sérieux d'éducation du public, les médias ont transmis des informations tout à fait insensées et inadéquates sur le SIDA; mais ce genre d'information a diminué une fois que des programmes d'éducation du public fondés sur les faits ont été mis en oeuvre.

5. Rénovation des services MST

Reconnaissant l'importance que peuvent avoir les programmes de lutte contre les MST dans le combat contre le SIDA, certains pays ont "ressuscité" (c'est-à-dire rénové) les services MST.

Problèmes cruciaux et contraintes

1. Engagement politique

Certains gouvernements non pas voulu reconnaître l'existence du problème.

2. Problème économique/financier

En raison de contraintes financières, il n'a été possible de soumettre les donneurs de sang au test de dépistage que dans quelques zones de démonstration.

3. Politiques gouvernementales

Certaines politiques (telles que celles qui interdisent aux épouses de travailleurs migrants d'accompagner leur mari) favorisent la propagation des maladies sexuellement transmissibles.

4. Manque de moyens techniques adéquats

Les test de sérodiagnostic coûtent cher, ils sont techniquement difficiles à exécuter et exigent un équipement spécial. Les thérapeutiques applicables aux infections opportunistes et aux affections liées au SIDA sont rarement disponibles ou d'un coût prohibitif. Les nouvelles thérapeutiques pour l'infection à VIH ne sont pas disponibles en Afrique.

5. Résistance à l'éducation sanitaire

Les principaux objectifs de l'éducation sanitaire pour la prévention du SIDA qui consistent, d'une part, à agir sur le comportement sexuel et, d'autre part, à modifier les attitudes en matière de contraception, rencontrent une forte résistance.

6. Conflits de priorité

On a accordé un rang de priorité plus important à d'autres programmes (dans le domaine de l'agriculture, de la défense par exemple) qu'à la santé en général, et à d'autres maladies transmissibles qu'au SIDA en particulier. Les coûts croissants du SIDA (frais médicaux directs, années de vie perdues par exemple) n'ont pas été comparés aux coûts d'autres maladies transmissibles.

Ce qui devrait être entrepris

1. Par l'OMS

- (i) De l'avis général, l'OMS devrait s'imposer avec plus de fermeté comme chef de file et recommander l'adoption de programmes nationaux et internationaux de lutte contre le SIDA. L'Organisation et les groupes internes doivent encourager les gouvernements à mettre au point des programmes d'action, et ceci même dans les pays où le SIDA n'est pas encore un problème majeur mais le deviendra à la longue. Il a même été proposé (non sans une certaine malice) que l'appui financier apporté par l'OMS aux divers pays soit proportionnel au nombre de cas notifiés par chacun d'entre eux.
- (ii) L'Organisation devrait aider à déterminer l'évolution naturelle et l'épidémiologie de l'infection à VIH en Afrique.
- (iii) Les pays africains ont besoin d'une aide technique pour effectuer les tests sérologiques ainsi que de centres régionaux pour les épreuves de confirmation. Certains pays recevraient avec profit une aide en matière d'éducation sanitaire du public et de communication.
- (iv) Des fonds sont nécessaires pour assurer le dépistage sérologique du virus chez les donneurs de sang.
- (v) L'OMS devrait aider à standardiser les tests sérologiques et les méthodes d'échantillonnage de la population pour les enquêtes sérologiques afin de permettre les comparaisons entre pays et l'évaluation des tendances de la prévalence de l'infection à VIH. Elle devrait continuer à uniformiser la notification des cas par l'emploi de critères et de formulaires de notification normalisés.

2. Par les pays

Les pays devraient appliquer des programmes de prévention et de lutte en utilisant les techniques actuelles. Ainsi, ils devraient :

- (i) créer des comités consultatifs nationaux pour la surveillance, la prévention et la lutte contre le SIDA.
- (ii) Mener des activités de surveillance afin de définir le problème et d'orienter judicieusement les activités de lutte.
- (iii) Coordonner l'éducation des agents de santé en matière de diagnostic, de traitement et de prévention de l'infection à VIH.
- (iv) Mener des programmes d'éducation du public en insistant sur les moyens de réduire les risques de transmission du VIH.
- (v) Réduire les risques de transmission du VIH par le truchement des transfusions sanguines en faisant contrôler par des pairs les pratiques professionnelles afin de prévenir tout usage inadéquat des produits sanguins, en décourageant les personnes fortement exposées à l'infection par le VIH de donner leur sang et en soumettant les donneurs à un dépistage sérologique.
- (vi) Etablir et appliquer des programmes de lutte contre l'infection dans les hôpitaux et les dispensaires en insistant sur la stérilisation des aiguilles, des seringues et des instruments médicaux et en empêchant de réutiliser des aiguilles, des seringues et d'autres instruments non stérilisés. Ces programmes devraient être destinés non seulement aux médecins et aux infirmières, mais aussi aux accoucheuses traditionnelles et aux praticiens traditionnels.
- (vii) Etablir et appliquer des programmes destinés à prévenir la transmission du VIH par des pratiques traditionnelles telles que la scarification, la circoncision, la pose de ventouses, le percement des oreilles et le tatouage.
- (viii) Intégrer les programmes de lutte contre le SIDA à la lutte contre les MST en déployant davantage d'efforts pour réduire la prévalence et le risque d'infections générales (telles que l'ulcère génital) chez les sujets fortement exposés, vu que de telles infections peuvent accroître les risques de transmission du VIH.
- (ix) Intégrer la lutte contre le SIDA aux programmes de planification familiale. Promouvoir une planification familiale efficace et l'utilisation de contraceptifs par les sujets séropositifs. Encourager les personnes ayant de nombreux partenaires sexuels, notamment les prostituées et leurs clients, à utiliser des préservatifs.

Prévention

I. Etudes épidémiologiques en cours

- Tanzanie : Une vaste étude, réalisée en collaboration avec la Suède, commencera prochainement.
- Kenya : Des études prospectives sur la grossesse et d'autres études épidémiologiques sont menées en collaboration avec les Etats-Unis et la Belgique.
- Zaire : Le projet SIDA et de nombreuses études épidémiologiques à long terme sont menés en collaboration avec la Belgique et les Etats-Unis.
- Lesotho : Une enquête sérologique à grande échelle portant sur les groupes à haut risque est prévue.
- Zambie : De nombreuses études sont prévues, dont une pour évaluer le facteur de risque que représentent les donneurs de sang infectés par le VIH.
- Gambie : Des enquêtes sur les facteurs de risque doivent bientôt être menées en collaboration avec le Conseil de la recherche médicale (Grande Bretagne).

II. Questions importantes pour la recherche épidémiologique

Le groupe estime que les Etats Membres de l'OMS qui font partie de la Région africaine devraient, avec ou sans la collaboration d'autres experts scientifiques :

- (a) déterminer pourquoi la prévalence de l'infection à VIH varie entre :

- pays voisins, un pays pouvant avoir un nombre de cas beaucoup plus élevé que son voisin;
 - différentes régions d'un même pays;
 - différents groupes de population (tribus par exemple).
- (b) déterminer comment obtenir de source sûre et de façon confidentielle de meilleures informations sur les habitudes et les pratiques sexuelles; il conviendrait à cet égard de consulter des spécialistes en sciences sociales et des médecins expérimentés;
- (c) déterminer si les coutumes locales telles que la scarification et la circoncision sont associées à des pratiques ayant lieu dans des conditions non stériles et à l'infection à VIH;
- (d) déterminer si la polygamie per se est associée à l'augmentation ou à la diminution des risques d'infection à VIH;
- (e) accroître les recherches sur l'homosexualité et la bisexualité en Afrique;
- (f) décrire et évaluer quantitativement le rôle des injections et des vaccinations dans la transmission du VIH;
- (g) entreprendre des études afin de déterminer quelles sont les attitudes à l'égard de l'utilisation des préservatifs et quels sont les moyens d'accroître la disponibilité, la distribution et l'utilisation des préservatifs;
- (h) déterminer d'autres moyens de réduire les risques de transmission par voie sexuelle chez l'individu;
- (i) mener des études à long terme sur des cohortes dans des pays africains afin de déterminer avec plus de précision l'évolution naturelle et les modes de transmission de l'infection à VIH;
- (j) étudier davantage les interactions possibles entre le VIH et d'autres infections chez l'enfant et l'adulte sous les tropiques;
- (k) étudier le rôle de l'allaitement au sein et de l'utilisation du lait maternel en tant que risque de transmission du VIH;
- (l) déterminer avec plus de précision les attitudes des agents de santé et des patients à l'égard des injections et leurs pratiques en ce domaine.

Recommandations à l'OMS

L'OMS devrait:

- (a) conseiller aux services nationaux de la santé publique d'entreprendre des études et des enquêtes leur permettant de répondre aux questions énoncées ci-dessus;
- (b) fournir un appui technique et financier aux Etats Membres de la Région afin qu'ils puissent mener ces études et ces enquêtes;
- (c) recueillir et diffuser régulièrement auprès des Etats Membres :
- des informations sur les facteurs de risque;
 - des descriptions des études épidémiologiques en cours dans la Région.

3B PREVENTION ET LUTTE

(Groupe Français)

Après avoir entendu les interventions des participants, le groupe francophone sur la prévention a noté les points importants ci-après en réponse aux questions posées:

1. Activités de prévention et de lutte contre le SIDA par pays.
2. Absence de tests de confirmation.
 - Rupture de stock de réactifs pour ELISA.
 - Difficultés logistiques et manque de ressources pour réaliser les enquêtes épidémiologiques.
 - Minimisation du problème du SIDA dans certains pays.
 - Absence de consensus quant à l'attitude à adopter en matière de prévention devant un cas positif confirmé.
3. Activités recommandées à chaque pays :
 - Tous les pays devraient créer un comité national de recherche sur le SIDA qui serait chargé de coordonner l'ensemble des efforts déployés dans la lutte

- contre le SIDA.
- Dépistage appliqué aux donneurs de sang.
 - Contrôle du sang récolté avant la transfusion.
 - Procéder à l'éducation pour la santé.
4. L'OMS pourrait aider à :
 - créer au moins un laboratoire par pays capable d'exécuter le test ELISA;
 - assurer un approvisionnement régulier en réactifs pour ELISA et Western Blot;
 - créer des banques de sang;
 - assurer un approvisionnement régulier en médicaments contre les infections opportunistes.
 5. La volonté politique est manifeste à peu près partout et trois pays seulement sur dix n'ont pas encore mis en place un comité national anti-SIDA.
 6. Les études épidémiologiques de séroprévention ont déjà débuté dans la majorité des pays.
 7. Le test le plus couramment utilisé est l'ELISA; sa confirmation n'est pas encore systématiquement appliquée et, quand elle l'est, c'est souvent hors du pays.
 8. Le dépistage parmi les donneurs de sang et le contrôle du sang récolté ne sont réalisés que dans quatre pays qui sont: le Cameroun, le Congo, la République centrafricaine et le Rwanda. D'autres pays éprouvent des difficultés pour la création de banques de sang.
 9. La plupart des pays ont amorcé des activités d'éducation pour la santé.

4A EDUCATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE (Groupe anglais)

L'éducation des agents de santé, dans la plupart des pays africains représentés à la Conférence, est actuellement assurée par des séminaires, des ateliers ainsi que par la distribution de brochures et de posters. Certains pays ont déjà mis au point des projets axés particulièrement sur la question et tous les autres pays ont des projets semblables en vue.

Parmi les principaux aspects sur lesquels devrait porter l'éducation, le groupe a identifié: la stérilisation adéquate des aiguilles et des seringues, la stérilisation adéquate des instruments chirurgicaux, l'utilisation de matériels d'injection jetables et leur destruction, l'utilisation de gants et de désinfectants et les techniques de laboratoire adéquates. Il a également souligné qu'il fallait apprendre aux agents de santé comment conseiller les patients ayant atteint la phase terminale de la maladie et leur famille afin de limiter autant que possible les transfusions.

Les problèmes que pose l'éducation des agents de santé sont de deux ordres :

- (a) ceux qui sont liés à l'éducation sanitaire elle-même;
- (b) ceux qui sont liés à l'application de techniques "sûres".

Les problèmes liés à la mise en oeuvre de programmes d'éducation sanitaire ont, en général, été résolus. Cela dit, il reste à se procurer les matériels adéquats, à vaincre l'apathie et la résistance des gouvernants ou le manque de soutien des supérieurs et à atteindre toutes les personnes qui pourraient se trouver exposées à du matériel contaminé (y compris le personnel d'entretien).

Les problèmes liés à l'application de techniques sûres par les agents de santé sont surtout d'ordre économique et tiennent notamment au manque d'aiguilles et de seringues jetables, à l'insuffisance des moyens de stérilisation des instruments chirurgicaux et du matériel d'injection et au manque de savon et de gants.

Il convient de noter qu'il n'y a pas eu consensus quant aux risques encourus par les agents de santé, bien que l'on se soit accordé à penser que ces risques n'étaient pas les mêmes en Afrique qu'aux Etats-Unis.

Recommandations

Les recommandations suivantes ont été adressées aux gouvernements africains :

- i) il faudrait les informer de la nécessité d'organiser des séminaires et des ateliers pour les agents de santé et de leur fournir d'autres matériels d'éducation;
- ii) il faudrait inclure l'éducation en matière de SIDA au programme d'études de tous les instituts de formation d'agents de santé.

Les recommandations suivantes ont été adressées à l'OMS :

- i) continuer à fournir du matériel d'éducation aux Etats Membres (notamment sur la façon adéquate de s'occuper du matériel contaminé et des cadavres de personnes infectées);
- ii) fournir un appui financier permanent aux projets d'éducation;
- iii) étudier la transmission du SIDA dans le cadre des soins de santé dispensés en Afrique.

4B EDUCATION POUR LE PROFESSIONNELS DE LA SANTE (Groupe français)

Burkina Faso

Article paru dans une revue pour les agents de santé (5000 exemplaires, fin 1985). A préciser et discuter lors de la réunion des directeurs provinciaux : formation prévue de comité national. Elaborer des consignes.

Besoins

Matériel adapté à l'instauration d'un programme : dossiers pour médecins (pochette actuelle) + documentation plus simple pour le grand public.

Cameroun

Diffusion dans les provinces de l'information de l'OMS. Utilisation de la presse et de la télévision.

Souhait :

- former des techniciens
- organiser un séminaire

République centrafricaine

Suite aux programmes éducatifs diffusés à la radio, le problème du SIDA est officiellement reconnu.

Une note explique aux médecins la définition clinique et oriente les malades. Des conseils sont donnés pour les soins élémentaires.

Une note a été rédigée pour la transfusion sanguine

Aucun paramédical ne peut la prescrire, seul le chef de service y est habilité.

Tchad

- Pas de programme
- Documents

Congo

Seul le personnel de laboratoire a été informé (à cause de l'inquiétude exprimée).

Trois thèses de doctorat en médecine; réunion des médecins et du personnel de l'hôpital de Brazzaville.

Conférence nationale prévue en janvier 1987.

Souhait :

- Aide pour l'organisation de cette conférence nationale.

Niger

Pas d'éducation au sens strict, voire de discussions au niveau des médecins, des hôpitaux ou des centres de PMI. Sensibilisation des autorités sanitaires et publiques.

Demande de documentation de l'OMS.

Sénégal

Il existe au sein du comité national anti-SIDA un groupe de prévention/communication avec le Ministère de l'Education nationale, le Ministère des Affaires sociales, le Ministère du Tourisme et le Ministère des Forces Armées.

Souhait :

- Formation de techniciens, d'éducateurs et de laborantins.

Besoins :

- Documents de l'OMS et aide à la réalisation sur place de documents spécifiques prenant en compte les coutumes et les religions.
- Contrebalancer les répercussions de la presse occidentale.

Ouganda

Une brochure a déjà été élaborée pour les médecins.

Souhait :

- Séminaire au niveau national.
- Fourniture de matériel éducatif.

Zaire

Souhait :

- Animateurs.

Déjà réalisés :

- Séminaire, congrès national; documents spécifiques pour laboratoire.

OCEAC

Yaoundé (Cameroun), 1985

- Rôle éducatif de tout le personnel de santé.
- Diffusion via "PINOTE" d'informations aux infirmiers.
- Communication des résultats des enquêtes locales.

Souhait :

- Posters.

Synthèse

Réalisations

Très différentes d'un pays à l'autre: vont du niveau zéro jusqu'à l'édition de brochures et à l'organisation de séminaires et de congrès nationaux.

Souhaits et recommandations

- Documents techniques :
 - pour médecins (brochures OMS),
 - pour le personnel technique : posters
- Formation de spécialistes :
 - soit formation à l'étranger,
 - soit par des équipes mobiles venues sur place,
 - aide pour l'organisation de séminaires nationaux,

- installation de centres collaborateurs OMS,
- aide financière en général.

Etat actuel des réalisations

Il est très variable d'un pays à l'autre :

- a) Certains pays n'ont envisagé le problème et ses aspects pratiques que très récemment (Tchad).
- b) D'autres pays ont préparé une information à l'intention des médecins, en général dans le cadre d'une sensibilisation des autorités sanitaires et politiques. Cette information utilise en général les brochures de l'OMS, qui sont jugées satisfaisantes (Burkina Faso, Cameroun, Congo et Guinée).
- c) Enfin, d'autres pays ont été plus loin dans la voie des réalisations :
 - rédaction de brochures sur le programme national (Burkina Faso, Rwanda) dans le cadre de la série des bulletins de l'OCEAC,
 - note émanant du Ministère de la Santé et consignés pour la transfusion sanguine (République centrafricaine),
 - organisation de séminaires et de congrès nationaux (Congo et Zaïre, prévue en 1987),
 - organisation d'un véritable groupe de prévention avec le concours de plusieurs ministères (Education nationale, Affaires sociales, Armée...).

Recommandations pour l'OMS

Le groupe souhaite tout d'abord un accroissement de l'aide financière de l'OMS. Cette aide pourrait revêtir plusieurs aspects :

1. Elaboration et diffusion de documents techniques
 - A l'intention des médecins: la brochure déjà publiée par l'OMS a été bien acceptée, mais plusieurs pays éprouvent des difficultés à la reproduire et diffuser en grande quantité.
 - A l'intention du personnel technique: le besoin essentiel serait la diffusion de posters du type "Ce qu'il faut faire" et "Ce qu'il ne faut pas faire". Dans plusieurs pays, le personnel a exprimé son inquiétude à propos des risques qu'il encourait. Il souhaite obtenir des recommandations officielles pratiques.
2. Formation de spécialistes qui pourraient contribuer à la diffusion de l'information aux professionnels de la santé.
3. Aide à l'organisation de séminaires nationaux d'éducateurs pour les médecins, les paramédicaux et les spécialistes en éducation pour la santé.
4. Plusieurs pays ont également demandé l'installation de plusieurs centres collaborateurs de l'OMS.

5A SESSION CLINIQUE

PRISE EN CHARGE DES CAS, Y COMPRIS LES CONSEILS A DONNER AUX CONTACTS ET A LA FAMILLE DU PATIENT

(Groupe anglais)

Des représentants de la Sierra Leone, du Kenya, du Swaziland, du Zimbabwe, des Seychelles et de l'Ouganda ont pris part à ce débat. Tous les participants se sont montrés préoccupés par les problèmes liés à la prise en charge des sidéens et aux conseils à donner aux membres de la famille. L'expérience en ces domaines varie. Certains pays, comme l'Ouganda et le Kenya, ont plus d'expérience que d'autres en ce qui concerne la prise en charge des cas pour la simple raison qu'un plus grand nombre de cas y ont été identifiés et traités qu'en Sierra Leone, par exemple. Au Kenya, un programme très élaboré de conseils aux sidéens asymptomatiques et symptomatiques a été mis au point. En ce qui concerne les sidéens asymptomatiques, un processus en trois temps commençant par une discussion générale, suivie de discussions de groupe et se terminant par un entretien individuel s'est révélé utile.

Tous les membres du groupe ont été d'avis que les pays devraient évaluer l'impact que le risque d'infection exercera sur l'individu. Le groupe a également débattu de l'opportunité et de la nécessité de diriger les conseils de façon élective vers les groupes à haut risque tels que les prostituées. Il a reconnu qu'il pourrait se révéler difficile d'atteindre ces groupes de population.

Les problèmes liés à la prise en charge clinique des sidéens ont été abordés. Au Kenya et en Ouganda, deux pays où le nombre de cas est important, les sidéens sont admis dans les services de médecine générale. Ils sont soignés pour leurs infections opportunistes et reçoivent un traitement de soutien. Dans certains cas, lorsqu'ils ont besoin d'un traitement spécial, ils sont placés dans des services spécialisés. Il en est ainsi, par exemple, des malades atteints de septicémie ou d'autres infections opportunistes graves. Il faudrait enseigner au personnel des hôpitaux et des dispensaires la façon d'éviter toute contamination accidentelle du sang ou de blessures. Il a été recommandé d'appliquer à cette fin les procédures qui servent à prélever et à traiter les matériels provenant de patients atteints par le virus de l'hépatite B.

Des thérapies expérimentales ont été évaluées en Afrique, mais pas de façon systématique.

Ces thérapies doivent être évaluées au niveau local. Des essais de mise au point d'une thérapie visant à reconstituer le système immunitaire ont été envisagés, mais pas encore évalués.

La façon dont les cadavres de sidéens devraient être traités et éliminés a été abordée. Les coutumes funéraires différant souvent selon les cultures, ces différences doivent être prises en considération lorsqu'on formule des recommandations sur la manière de traiter ces cadavres. Bien que les risques soient faibles, il faut informer les familles des patients de la nécessité d'éviter toute exposition inutile au sang et aux autres liquides provenant de ces cadavres.

Les participants se sont montrés préoccupés par deux points importants. Le premier concerne les conseils à prodiguer aux sidéens et aux membres de leur famille. Les médecins ont rarement le temps de discuter en détail du diagnostic avec leurs patients et, de surcroît, ils ne savent souvent pas comment leur faire part du diagnostic. L'Organisation mondiale de la Santé devrait examiner ce problème. Il est recommandé de donner une formation aux médecins et aux autres agents de santé afin qu'ils sachent comment communiquer ce genre d'information.

Par ailleurs, il serait nécessaire d'évaluer les études qui ont été faites sur les nouveaux traitements du SIDA en Afrique. Il faut que l'Organisation mondiale de la Santé adresse des recommandations aux Etats membres à cet égard. Il faudra peut-être envisager de créer des centres de soins régionaux.

Résumé de l'Atelier sur la définition du cas et les études cliniques.

1. Ce qui se fait actuellement.
 - (a) Seuls trois pays (le Ghana, l'Ouganda et le Zaïre) ont indiqué qu'ils utilisaient la définition OMS du SIDA.
 - (b) Deux pays (l'Ouganda et le Kenya) ont proposé d'utiliser la définition OMS du cas.
 - (c) Le Zaïre a démontré que la définition du cas avait permis d'identifier 62% de cas de SIDA parmi les sujets séropositifs hospitalisés (sensibilité de 62%) et d'éliminer 90% de sujets dont le test sérologique s'était révélé négatif (spécificité de 90%); 74% de tous les patients séropositifs hospitalisés feront un SIDA.
 - (d) Au Ghana, où les activités des dispensaires pour MST ont été relancées afin de contribuer à la surveillance du SIDA, la définition du cas a permis

- d'identifier 56 cas de SIDA confirmés sérologiquement.
- (e) En Ouganda, une étude portant sur 200 sujets séropositifs est en cours afin d'évaluer les manifestations cliniques.
 - (f) Au Zaïre, la définition du cas, en ce qui concerne les enfants, s'est révélée très spécifique (90%), mais pas très sensible (37%).

2. Problèmes

- (a) La sensibilité de la définition clinique est faible, surtout en ce qui concerne les enfants.
- (b) Tous les pays ne sont pas équipés pour dépister les cas suspects ni pour mener des études sur la validité de la définition OMS du cas.
- (c) La formation des médecins en ce qui concerne le diagnostic du SIDA est en général inadéquate.

3. Recommandations

- (a) L'OMS devrait aider trois ou quatre pays intéressés à mener des études sur la validité de la définition OMS du cas afin de déterminer avec plus de précision sa sensibilité et sa spécificité en ce qui concerne les adultes et les enfants.
- (b) Plusieurs modifications de la définition actuelle ont été proposées :
 - (i) modification de la fréquence du zona, la portant à un épisode au cours des cinq dernières années;
 - (ii) toux persistante en l'absence du bacille de Koch;
 - (iii) herpès clinique évolutif seul.
- (c) L'OMS devrait aider chaque pays à créer un laboratoire capable d'effectuer le sérodiagnostic du VIH.
- (d) Elle devrait aider les laboratoires à acheter des réactifs et à standardiser les tests sérologiques permettant de dépister le SIDA.

5B SESSION CLINIQUE

PRISE EN CHARGE DES CAS, Y COMPRIS LES CONSEILS A DONNER AUX CONTACTS ET A LA FAMILLE DU PATIENT

(Groupe français)

Cette session a réuni des représentants du Bénin, du Cameroun, du Tchad, du Congo, du Rwanda et du Zaïre.

On a d'abord parlé de l'expérience individuelle des pays en matière de traitement de la maladie et des problèmes connexes, et l'on a ensuite considéré l'approche à adopter vis-à-vis des contacts du malade et les conseils à donner à la famille.

Il faut reconnaître que le débat a soulevé beaucoup de questions et a posé de véritables problèmes d'éthique; on s'est trouvé finalement limité à quelques réponses et recommandations.

1. Expérience des pays au niveau du traitement

L'expérience se limite essentiellement au traitement des infections opportunistes avec, notamment, le cotrimoxazole pour la pneumopathie à *Pneumocystis carinii*, l'isosporose et la cryptosporidiose, la vinblastine pour des cas de sarcome de Kaposi, et l'amphotéricine pour les cryptococcoses.

Le groupe a retenu le projet de Brazzaville qui a mis au point des diagrammes dynamiques ("flow-charts") vis-à-vis des différentes manifestations cliniques : pneumopathies, affections cérébrales ou fièvres au long cours, diarrhées chroniques, qui permettraient

une approche thérapeutique viable en milieu africain du fait qu'ils mettent l'accent sur des infections traitables.

Le groupe reconnaît que l'AZT est un médicament trop coûteux et peu répandu. On pourrait envisager tout au moins un centre en Afrique qui serait doté de moyens techniques et financiers suffisants pour l'administration éventuelle de ce médicament.

2. Problèmes

On a déjà évoqué les problèmes financiers qui ne permettent pas l'utilisation de certains médicaments.

Le groupe estime qu'il est pratique et économiquement justifié de réutiliser les aiguilles et seringues après stérilisation.

L'isolement des malades en milieu hospitalier a été discuté. On a finalement conclu que de toutes façons il n'y avait pas lieu d'isoler les malades non seulement en raison de l'infectivité peu sérieuse de la maladie, mais également parce que les malades du SIDA se répartissent naturellement dans différents services, tels que cardiologie, neurologie, gastro-entérologie, etc. Il faut surtout mettre l'accent sur l'éducation du personnel médical et paramédical, des malades eux-mêmes et de leurs familles, et diffuser l'information sur le mode de transmission, les facteurs de risque et la prévention.

On a également souligné le manque de facilités de laboratoire non seulement pour le diagnostic sérologique du VIH mais également pour la détection de certaines infections opportunistes.

3. Contacts du malade et conseils à la famille

Que dire aux malades ? Que dire aux conjoints, à la famille ? Que dire finalement aux malades asymptomatiques séropositifs ?

Le médecin traitant assurera la responsabilité des conseils au malade en tenant compte de sa personnalité, de son état émotionnel et de sa psychologie. On a également considéré la possibilité de banaliser un peu le problème en utilisant des termes autres que le SIDA, par exemple l'infection à VIH.

Pour les conjoints, le groupe pense qu'il est absolument nécessaire de convoquer le/la conjoint/e pour des tests et leur donner des explications et des conseils pratiques en songeant particulièrement aux risques liés à la grossesse.

Pour les malades asymptomatiques séropositifs, les avis sont partagés. Certains pensent que s'il s'agit des donneurs de sang, il faut leur dire la vérité. D'autres pensent qu'il serait plus sage de laisser le choix au médecin traitant.

Pour l'instant, on fait face à plus de questions que de réponses; par exemple, faut-il demander aux femmes séropositives de ne plus avoir d'enfants ?

Recommandations

Le groupe demande à l'OMS :

- i) une aide urgente à tous les pays africains pour leur permettre la prise en charge des malades;
- ii) une aide à tous les pays pour l'établissement de banques de sang adéquatement équipées;
- iii) la mise sur pied de centres de traitement qui auraient la capacité de suivre et d'évaluer certains schémas thérapeutiques, avec ce que cela implique en termes de personnel qualifié;

- iv) une aide logistique pour la préparation et la diffusion des diagrammes du Congo pour le traitement des divers syndromes.

Points critiques ou contraintes dans les domaines de la recherche, de la prévention et de la lutte contre le SIDA

Certains pays, comme le Zaïre, ont entrepris des recherches intéressantes basées essentiellement sur les cliniques urbaines (Kinshasa) et d'autres pays, comme le Rwanda, sont prêts à mener les investigations épidémiologiques nécessaires pour mieux identifier les facteurs de risque et envisager des mesures de lutte mieux adaptées.

Concernant les mesures de prévention et de lutte découlant de la surveillance, des problèmes pratiques se posent dans presque tous les pays qui effectuent des enquêtes séro-épidémiologiques. "Faut-il révéler les résultats sérologiques aux personnes séropositives" ? Quelle population doit faire l'objet d'une surveillance particulière (donneurs de sang, prostituées) ?

L'éducation pour la santé a été reconnue par tous les pays comme le seul moyen d'enrayer ou de prévenir la propagation du SIDA; malheureusement, le changement de comportement visé par l'action éducative est difficilement mesurable.

En résumé, la plupart des pays représentés dans le groupe disposent d'un comité de prévention du SIDA dont l'une des missions est d'assurer une bonne surveillance épidémiologique. Les difficultés rencontrées sont partout les mêmes et tiennent principalement au manque de ressources financières pour mener les recherches et mieux organiser les enquêtes séro-épidémiologiques.

6A LABORATOIRE
DEPISTAGE EN LABORATOIRE ET TEST DE CONFIRMATION
(Groupe anglais)

1. Le point sur le dépistage en laboratoire de l'infection à VIH.

Huit pays (Ethiopie, Kenya, Lesotho, Mauritanie, Seychelles, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe) ont indiqué qu'ils n'effectuaient pas de dépistage du VIH en laboratoire ou qu'ils en effectuaient très peu, et principalement pour la recherche. Un seul pays, le Zimbabwe, a institué le dépistage du VIH dans toutes les banques de sang de la nation. En Zambie, des études comparatives sur la sensibilité et la spécificité de divers nécessaires d'épreuve ELISA commercialisés ont été menées en effectuant un nombre limité de tests parmi des donneurs de sang et des malades soignés dans des dispensaires pour MST.

En raison surtout de contraintes financières, la plupart des pays ne disposent que de l'ELISA et se sont adressés à des sociétés commerciales spécialisées en biotechnologie ou ont demandé la collaboration des Etats-Unis ou de l'Europe pour la confirmation par l'immunotransfert. Le dépistage en laboratoire est donc très limité dans ces pays et si le criblage des banques de sang serait souhaitable, il ne se fait pas encore.

2. Questions et problèmes principaux.

- (i) Le groupe dans son ensemble a reconnu que le dépistage en laboratoire comprenant l'achat des nécessaires d'épreuve, l'équipement, les techniciens, la formation et les tests de confirmation était actuellement d'un coût beaucoup trop élevé pour pouvoir être appliqué systématiquement dans la plupart des pays.

- (ii) Les pays, dans leur majorité, n'ont pas de banques de sang où le dépistage puisse être effectué avec l'ELISA actuel durant les quelques heures qui précèdent une transfusion.
- (iii) En Afrique, on manque d'informations sur la sensibilité et la spécificité des différents nécessaires d'épreuve ELISA utilisés pour le dépistage du VIH.
- (iv) On ne dispose d'aucune information sur l'efficacité des tests de dépistage du LAV-2 et du HTLV IV et des campagnes de dépistage hématologique.
- (v) Les pays d'Afrique ont besoin de toute urgence d'un test de dépistage du VIH rapide et peu coûteux, pouvant être effectué en 15 minutes et coûtant moins de 35 cents (US).
- (vi) Il est difficile de dire si dans certains pays, le dépistage du VIH est plus important que le dépistage de l'hépatite B, de la syphilis ou du paludisme et s'il ne faudrait pas établir un ordre de priorité en fonction des contraintes financières.

3. Recommandations adressées à chaque pays sur le dépistage du VIH en laboratoire

- (i) Chaque pays devrait analyser le rapport coût-bénéfice du dépistage systématique du VIH chez les donneurs de sang et les populations à haut risque et le comparer avec les programmes actuels de dépistage de l'hépatite, de la syphilis et du paludisme.
- (ii) Chaque pays devrait créer des laboratoires ou centres de référence où de nouveaux tests rapides peuvent être contrôlés, comparés à l'ELISA utilisé actuellement et où les résultats positifs obtenus avec l'ELISA peuvent être confirmés par l'immunotransfert ou par une autre méthode.

4. Recommandations adressées à l'OMS sur le dépistage du VIH en laboratoire

- (i) L'OMS devrait coordonner la mise au point de tests rapides et peu coûteux qui seraient utilisés dans la plupart des pays Africains ou y contribuer activement.
- (ii) L'OMS devrait constituer une collection de sérums de référence pouvant servir à vérifier la correction des analyses de laboratoire et à comparer les nouvelles épreuves de diagnostic.
- (iii) L'OMS devrait appuyer et/ou coordonner les activités de recherche concernant le rôle étiologique des autres rétrovirus humains et les problèmes que pose l'interprétation des tests de dépistage du VIH.

6B SESSION DE LABORATOIRE
DEPISTAGE ET EPREUVE DE CONFIRMATION
(Groupe français)

Plusieurs questions ont été posées :

1. Est-ce qu'il faut tester sérologiquement les malades ?
En régions endémiques, il faut s'en tenir à la définition clinique OMS (Bangui) et la sérologie n'est pas nécessaire. Dans des régions où le SIDA est encore marginal ou nouveau, il faut faire le test ELISA et confirmer les résultats. La confirmation par un test comme le Western Blot (WB) n'est pas nécessaire pour ce diagnostic.

2. Problème du contrôle de la qualité et des centres de référence sous-régionaux.
Il est nécessaire d'inclure un témoin limite ("border-line") afin d'assurer un contrôle interne de la qualité. En plus, il est recommandé d'établir des centres de référence sous-régionaux pour la formation de techniciens aux tests tels que le WB. Il est souhaitable que ces laboratoires de référence sous-régionaux puissent offrir un programme de contrôle externe de la qualité par échange de sérums positifs et négatifs.

3. Est-il nécessaire de tester pour la recherche du VIH et du LAV-II ?
Dans des régions où les deux virus sont endémiques, il serait souhaitable de tester pour le VIH et le LAV-II. Des tests commerciaux de dépistage mixte sont en cours d'étude.

4. Le problème de la transfusion
Il est absolument indispensable que les centres de transfusion soient équipés pour les tests de dépistage. Il est nécessaire de bien organiser ces centres et de limiter les transfusions aux cas où elles sont vraiment nécessaires. Un test sérologique simple, sensible et peu coûteux doit être mis au point.

5. Faut-il annoncer les résultats aux sujets séropositifs ?
Deux positions se sont déclarées. La première préconise le mutisme et n'informe pas les porteurs sains du virus, pour des raisons psychosociales. La deuxième préconise l'information du sujet séropositif pour limiter la propagation du virus.

Recommandations pour les pays

1. Chaque pays doit installer un laboratoire capable de faire le test ELISA et, si possible, un test de confirmation.
2. Chaque pays doit établir une politique de l'usage des tests sérologiques.
3. Les pays doivent assurer la qualité des analyses sérologiques.
4. Dans les régions où le VIH et le LAV-II sont endémiques, il est souhaitable de tester les sérums pour la recherche des anticorps contre les deux virus.
5. Le dépistage des donneurs de sang séropositifs constitue une des tâches majeures des laboratoires de sérologie VIH.
6. Chaque pays doit établir une politique en matière d'information des sujets séropositifs.

Recommandations pour l'OMS

1. L'OMS doit établir au niveau sous-régional un réseau de laboratoires collaborateurs pour le SIDA.
2. L'OMS doit aider les pays à mettre sur pied des laboratoires de sérologie VIH.
3. L'OMS doit aider à former du personnel de laboratoire pour les tests sérologiques du SIDA.
4. L'OMS doit aider à élaborer un système de contrôle externe de la qualité pour la sérologie VIH.
5. L'OMS doit aider les pays à s'approvisionner en tests sérologiques pour le dépistage du VIH à un prix abordable.
6. L'OMS doit stimuler et coordonner la mise au point de tests simples et peu coûteux pour le dépistage du VIH.

7A SANG ET PRODUITS SANGUINS (Groupe anglais)

Pratiques actuelles

On a noté une grande diversité dans les modalités d'établissement des banques de sang. Le

Zimbabwe a recours à un service centralisé de distribution: deux centres approvisionnent tout le pays en produits sanguins. Tous les dons de sang sont soumis au test de dépistage du VIH et ceux qui sont séropositifs sont exclus. En Zambie, les installations et les hôpitaux les plus importants ont leur propre "mini-banque" de sang et les produits sanguins sont en général rapidement renouvelés. Pour le renouvellement, on fait appel à la famille et aux amis ainsi qu'à des volontaires. Le dépistage n'est possible qu'à Lusaka et à Ndola. Le Lesotho utilise un service centralisé et a recours à des donneurs volontaires, mais le dépistage n'est pas systématique. De même en Gambie et aux Seychelles où il existe des services centralisés, mais pas de dépistage. En outre, les donneurs soupçonnés d'être à haut risque pour une raison ou une autre (y compris les étrangers) ne peuvent donner leur sang.

Tous les pays ont essayé de procéder au dépistage là où les moyens existent, mais tous (sauf le Zimbabwe) ont constaté avec regret que le dépistage est coûteux et qu'il serait difficile de l'étendre à la nation tout entière sans aide.

L'exclusion des donneurs suspects a fait l'objet de discussions animées. L'identification des groupes à risque exigera une certaine surveillance au niveau local, mais il est possible d'établir certains critères généraux. Il va sans dire qu'il faut exclure les malades et les individus fortement exposés au VIH tels que ceux qui ont des partenaires sexuels très nombreux; ce qui inclut les prostituées, les individus ayant des antécédents de MST ainsi que les routiers, les contrebandiers et les voyageurs permanents. D'après les données disponibles, la prévalence de l'infection à VIH serait plus élevée parmi les prisonniers et les militaires dans certains pays. L'opportunité de telles politiques doit être reconsidérée, peut-être sur la base d'études menées au niveau local. Il est intéressant de noter qu'une étude faite au Zaïre a révélé que la prévalence du VIH était la même chez les donneurs rémunérés que chez les donneurs volontaires. Les risques liés à l'acceptation de dons de sang provenant d'épouses de sidéens ont été abordés.

Vu les conséquences très graves de l'exposition au VIH, il est nécessaire de réexaminer le caractère approprié des pratiques médicales actuelles en ce qui concerne les transfusions et autres administrations parentérales. Plusieurs cliniciens craignent que les pratiques actuelles - même si elles sont conformes aux normes médicales admises (dans des régions où le VIH n'est pas un problème) - puissent exposer le patient à un danger plus sérieux que l'affection dont il est atteint. L'ampleur de ce problème dépendra de la prévalence du VIH parmi les donneurs de sang ainsi que des pratiques médicales actuelles; à cet égard il faudrait élaborer des politiques au niveau local.

Le personnel des banques de sang et des laboratoires qui s'occupent du sang a besoin de recevoir un enseignement méthodique qui passe en revue les risques et les procédures. Certes, celles qui sont appropriées pour l'hépatite le sont également pour le VIH, mais étant donné l'inquiétude qui règne parmi le personnel et le fait qu'il est mal informé, un programme de formation approprié sera utile. Il faudra veiller particulièrement à éliminer comme il convient les instruments contaminés par du sang ou par le VIH car ces instruments jetés ou contaminés peuvent être volés. Il faut que l'OMS apporte officiellement son soutien en proposant des méthodes simples, peu coûteuses et fiables de décontamination des instruments devant être réutilisés (ce qui peut inclure les seringues et les aiguilles).

Les tests actuels de dépistage sont assez adéquats. Tous les tests ELISA sous licence (2 dollars le test) sont probablement suffisamment sensibles pour garantir la sécurité du sang servant aux transfusions. Il faut exclure tous les prélèvements positifs et dire aux sujets infectés de ne plus donner leur sang. Le dépistage devrait être effectué une deuxième fois, mais toute autre méthode de confirmation (à 18 dollars le test) est probablement trop coûteuse pour ces pays. Les principales caractéristiques qui orienteront le choix d'un test de dépistage seront le coût, la stabilité et la facilité d'emploi. De nombreux représentants se sont plaints du manque de personnel qualifié, de

fournitures et d'instruments pour lire les tests, mais ils ont reconnu que si ces équipements étaient disponibles, il serait difficile d'en assurer le soutien logistique sauf dans les centres importants. Un test simple, économique et stable, ne nécessitant aucune instrumentation est nécessaire et sa mise au point est à l'étude.

La valeur prévisionnelle des tests de dépistage est faible lorsque la prévalence est faible. Il est donc possible qu'une personne dont le test de dépistage du VIH s'est révélé positif ne soit pas réellement infectée par le virus. Reste qu'il ne faut pas utiliser le sang de cette personne et qu'il faut lui dire de ne plus donner son sang. Quant à la question de savoir s'il faut lui donner de plus amples renseignements sur son état, il n'est pas évident d'y répondre; cela dépendra en partie des moyens disponibles pour confirmer les premiers résultats et effectuer d'autres tests de suivi.

1. Recommandations aux pays

- (a) Créer des banques de sang ayant les moyens de procéder au dépistage des anticorps anti-VIH dans le sang des donneurs.
- (b) Informer les donneurs dont le test sérologique s'est révélé positif des implications de ce résultat et des moyens de réduire les risques de transmission du VIH par voie sexuelle. Ces informations devraient être données oralement et sous forme écrite.

2. Recommandations à l'OMS

- (a) Fournir un soutien technique et financier aux Etats Membres pour la mise en oeuvre de programmes de dépistage de l'infection à VIH chez les donneurs de sang.
- (b) Fournir et diffuser les résultats d'études techniques sur la stabilité des test - ceux qui sont déjà sous licence et ceux qui ont été récemment mis au point - effectués sur des sérums africains.
- (c) Diffuser rapidement des informations d'actualité sur les faits nouveaux en matière d'orientation technique.
- (d) Etablir une collection simple de sérums de référence qui sera distribuée afin de surveiller la capacité des programmes de dépistage de détecter avec précision les sérums positifs.
- (e) Promouvoir la mise au point de tests de dépistage simples et peu coûteux à l'usage des pays africains.

7B DON DE SANG ET PRODUITS SANGUINS (Groupe français)

Actuellement, trois pays seulement font une recherche d'anticorps anti-VIH dans les dons de sang, et ceci uniquement dans les capitales.

La détection des anticorps anti-VIH s'effectue avec le test ELISA. Les tests de confirmation (Western Blot) ne sont pas pratiqués. Certains pays ne possèdent pas un véritable centre national de transfusion sanguine. Le tableau ci-après indique les centres nationaux de transfusion sanguine existants et le nombre estimatif de dons de sang qui y sont reçus chaque année.

Pays	Centre national de transfusion sanguine	Seringue	Nombre annuel de dons de sang
Cameroun	-		50.000
Rép. centrafricaine	+	+	7.000
Congo	+	+	12.000
Côte d'Ivoire	+		86.000
Gambie	+	+	
Guinée (Conakry)	+		10.000
Guinée-Bissau	-		
Madagascar	-		10.000-11.000
Mauritanie	+		?
Rwanda	+	+	?
Togo	+		?
Seychelles	+		
Zaïre	-		72.000
Zimbabwe	+	+	

Un test simple, moins coûteux, sensible et fiable devrait être mis au point pour la détection des anticorps anti-VIH.

Au niveau des banques de sang, un plasma sera considéré comme positif quand les anticorps anti-VIH seront détectés au cours de deux tests ELISA successifs. Tout résultat reconnu positif ou à la limite ("border-line") au cours de la première recherche d'anticorps anti-VIH devra être vérifié par un deuxième ELISA. Un autre test de confirmation comme le Western Blot n'est pas indispensable au niveau des centres de transfusion.

Par contre, un test de confirmation, tel que le Western Blot, devient indispensable si le donneur de sang est informé de sa séropositivité. Ce test peut être réalisé dans un seul centre national qui regroupera toutes les demandes d'un pays.

L'information donnée aux donneurs séropositifs exige la mise au point de brochures d'information, de consultations médicales et d'un fichier.

DISCOURS DU PROFESSEUR G. L. MONEKOSSO,
DIRECTEUR DU BUREAU REGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE

Mesdames et Messieurs,

J'ai le privilège de déclarer ouverte cette séance de travail sur le syndrome d'immunodéficience acquise, connu également sous le nom de SIDA. Ce privilège n'a rien de réjouissant car il faut se demander si nous ne sommes pas en présence de l'équivalent moderne de la grande peste. Etant donné le nombre des délégués venus des quatre coins du monde pour se joindre à nous, ce qui devait être une réunion technique au niveau régional est devenu une réunion internationale. Nous sommes sûrs que cela ne nuira pas à la rigueur scientifique de ces trois jours de travail.

Nous saluons donc tous les participants et notamment les pionniers de la recherche étiologique et biologique sur le virus, ainsi que tous ceux qui travaillent sans relâche afin de mettre un terme ou tout au moins mettre un frein à la danse macabre du SIDA.

Nous avons vaincu la peste. Nous avons vaincu la variole : nous ne voyons plus Shitala Mata, la terrible déesse de la variole, assise sur son âne, semer les graines purulentes qu'elle porte sur le visage et faire couler de sa main droite l'eau bénite qui bérît tout en tenant dans sa main gauche le genêt qui attise le feu de l'épidémie. Il est difficile de croire que nous n'avons aucune arme pour lutter contre ce rétrovirus, qui est une hérésie dans la biologie moléculaire, alors que nous sommes entrés dans l'ère de la technologie génétique.

Inconnue jusqu'en 1981, cette maladie est spectaculaire à plus d'un titre. Le fait de voir un homme comme Rock Hudson, ce célèbre séducteur, en train de mourir d'une mort effroyable, celle-là même de l'homosexuel frappé par le virus du SIDA, en a choqué plus d'un. Quoi qu'il en soit, nous sommes en face d'un grave problème de santé publique. Ce nouveau phénomène morbide, qui a surpris, si ce n'est désarmé, la communauté scientifique, a mis certains pays en vedette.

Dans le domaine scientifique, il faut prendre garde aux informations déformées ou erronées car elles peuvent mener à la ruine des structures économiques fragiles, retarder et même arrêter les progrès des chercheurs qui travaillent tranquillement dans leur laboratoire. Sans passion ni émotion, il faut rendre compte des faits objectifs avec lucidité, comme au temps où les gens croyaient que l'on attrapait la poliomyélite après avoir nagé dans l'eau froide (pour paraphraser un journaliste). Il faut garder à l'esprit ce que disait Wu Lien Ten sur la peste (document de la Société des Nations, 1926 : Traité sur la peste pneumonique) : "A mon avis, la peste, qui remonte à des temps immémoriaux, est apparue pour la première fois à l'intérieur ou autour du plateau d'Asie centrale. A ceux qui prétendent qu'elle est apparue en Afrique centrale, je réponds que c'est, en effet, une région où elle a sévi. Mais si nous pouvions remonter suffisamment loin dans le temps, nous découvririons peut-être que la peste africaine a été importée d'Asie".

Par analogie, cet exposé situe dans son contexte le problème du SIDA, d'autant plus que nous avons du mal aujourd'hui à comprendre ses véritables origines. En outre, l'heure n'est pas aux polémiques, mais à l'action, car c'est à un redoutable ennemi que nous avons affaire.

Annexe 1

Quelles sont les situations rencontrées et quelles sont les parades proposées par l'Organisation mondiale de la Santé ?

A) La maladie

C'est une des très rares maladies mortelles aujourd'hui dont la transmission horizontale a été clairement démontrée. D'après ce que l'on sait, elle serait sexuellement transmissible et transmissible par le sang. L'agent responsable est un rétrovirus dont la dynamique épidémiologique, pour ce qui est de sa propagation, demeure incertaine. Les groupes à risque en sont inéluctablement victimes; reste qu'il est très difficile d'en prévoir la propagation future au sein de la population. D'aucuns pensent que même si le virus se propage progressivement, le SIDA ne se déclarera chez le sujet infecté qu'en présence d'un cofacteur de risque. D'autres craignent que si l'on ne découvre pas de vaccin, la maladie se propagera très lentement pour toucher finalement une très grande partie de la population.

Dès lors qu'elle perturbe notre modus vivendi et porte atteinte à nos libertés, ou ce que nous appelons nos libertés, conquises au terme d'une lutte acharnée, cette maladie pose un problème à la société humaine toute entière. Les deux groupes à haut risque sont les homosexuels et les toxicomanes; ils ont tous deux été mis au ban de la société.

C'est lorsque la communauté homosexuelle s'est bien implantée, que ses membres se sont libérés et ont multiplié leurs rapports que la maladie a frappé. C'est également au moment où la drogue faisait des ravages dans la société que les aiguilles du châtimeur se sont mises à transmettre le virus mortel. On peut ajouter enfin que c'est suite à la libération sexuelle, obtenue grâce à la contraception, ou tout simplement suite aux coutumes traditionnelles que le SIDA a commencé à frapper les hétérosexuels dans une proportion d'autant plus grande que le nombre de partenaires différents est élevé. Dès que le SIDA a commencé à remettre en question nos modes de vie, il a ébranlé les fondements de la société, que celle-ci croyait solides.

Cela dit, il y a toujours des victimes innocentes telles que les enfants nés de mères infectées ou porteuses du virus, ceux qui reçoivent fréquemment des transfusions sanguines et, dans notre Région, ceux qui portent des scarifications tribales. Le tableau clinique du SIDA est polymorphe, ce qui témoigne du caractère lymphotrope et neurotrope du virus; cette maladie se manifeste par une paralysie et d'autres dérèglements du système immunitaire. Au niveau neurologique, mis à part des infections opportunistes primitives ou secondaires, on aurait décelé la présence du virus dans le cerveau et sa multiplication in situ.

Malgré les études épidémiologiques les plus scientifiques, on ne peut chasser "des esprits superstitieux l'idée que le SIDA est une sorte de châtimeur divin. Les gens sont fascinés par la combinaison sexe-interdit-mort", comme le fait remarquer Jean-François Bach (de l'INSERM).

B) Le rôle de l'OMS

Cela fait trois ans que le SIDA sévit sur le continent africain, une région déjà accablée par toutes sortes de maux et de catastrophes. L'OMS a donc décidé, en accord avec ses Etats Membres, de combattre ce fléau, tout comme elle a, autrefois, combattu la variole jusqu'à l'éradiquer de la surface du globe. Elle mobilise toutes ses ressources pour lutter contre le SIDA dans le cadre d'une politique de grande portée, en profondeur et à long terme, s'attaquant au fond du problème car les êtres humains peuvent être infectés par le virus de façon chronique pour le restant de leur existence, et si l'épidémie devient pandémique, le monde médical se retrouvera sans traitement et sans vaccin pour y faire face, tout au moins jusqu'en 1990.

Annexe 1

De véritables études épidémiologiques sont en cours de préparation, avec la collaboration de nos spécialistes et sous l'égide des pouvoirs publics. Des études menées à court terme, par des équipes n'ayant reçu aucune formation en la matière, sur des échantillons de populations choisies au hasard ne peuvent donner que des résultats douteux qui n'ont fait jusqu'ici qu'ajouter à la confusion.

Nous avons l'intention de traiter et d'analyser en détail les rapports obligatoires des cas cliniques et des décès, confirmés ou présumés, dus au SIDA. Toutes les données seront examinées minutieusement par les spécialistes de l'Unité SIDA du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique. Ils travailleront en collaboration avec leurs collègues du Siège à Genève et avec des institutions internationales spécialisées dans ce domaine. La banque de données qui sera ainsi constituée couvrira tous les continents étant donné que des cas de SIDA ont été signalés dans 75 pays. La collaboration d'organismes bilatéraux et multilatéraux nous sera précieuse.

En outre, et en attendant de bénéficier de ressources extrabudgétaires, nous renforcerons, dans la mesure de nos moyens, certaines activités dans les pays du continent africain et en particulier :

- i) Les structures de laboratoire, aux fins du dépistage des séropositifs, des porteurs asymptomatiques et des faux positifs. Ainsi d'autres maladies, notamment des maladies sexuellement transmissibles, pourront être traitées.
- ii) A un autre niveau, nous nous efforcerons de consolider l'arsenal thérapeutique (palliatif et symptomatique) pour les phases cliniques aiguës, tout en sachant qu'il n'existe pas de traitement.
- iii) On organise actuellement des cours sur les techniques de laboratoire adéquates pour que les tests de dépistage soient fiables. La formation ne se limite plus aux techniciens de laboratoire, mais s'étend également aux agents de santé et au personnel paramédical au sens le plus large du terme.
- iv) Des campagnes d'éducation et de prévention ont été lancées par l'intermédiaire de tous les media. Elles n'entraveront en aucune façon la politique sanitaire fondamentale que nous menons à travers tout le continent; bien au contraire, elles la renforceront. L'éducation, la prévention, le diagnostic, l'accès aux soins de santé et aux médicaments essentiels font partie justement des soins de santé primaires qui ont été ratifiés à la Conférence d'Alma-Ata. Nous ne nous écarterons pas de l'objectif que nous nous sommes fixé : accélérer le processus d'instauration de la santé pour tous en focalisant notre action sur les villages et les districts; c'est là que nous intensifierons notre lutte contre le SIDA car c'est là que vit et meurt la majorité de la population. Liberté des mœurs, mauvaise hygiène, malnutrition, maladies diarrhéiques, infections chroniques, sans parler des maladies qui se propagent des villes vers les campagnes, autant de facteurs qui affaiblissent un système immunitaire déjà fragile et que le virus viendra affaiblir davantage. Une fois la terreensemencée, l'épidémie est prête à se répandre telle une traînée de poudre. C'est pourquoi des mesures devraient être prises dans le cadre général de la politique sanitaire des villages, sans pour autant négliger les zones urbaines et périurbaines, afin d'empêcher la maladie de se propager.

L'éducation et des conditions de vie saines, que ce soit sur le plan environnemental, personnel, sexuel ou social, tels devraient être les fondements de la santé. Nous ne devons pas oublier d'analyser les produits sanguins destinés aux transfusions sanguines ni de bien stériliser les instruments médicaux après usage. Gardons à l'esprit l'exemple de la Grande-Bretagne au lendemain de la guerre : alors qu'elle était affaiblie par des maladies infectieuses et que l'usage des antibiotiques était encore limité, les taux de morbidité ont été réduits de moitié grâce uniquement à des mesures sanitaires de prévention.

Annexe 1

Conclusion

En bref, la composition de ce rétrovirus comprend le strict minimum nécessaire à sa pénétration dans la cellule hôte et à sa multiplication. Pour enrayer ce mécanisme, il convient :

- i) d'activer le progrès en génie génétique pour matérialiser les espoirs concernant la découverte d'un vaccin anti-SIDA;
- ii) de donner à la pharmacopée antivirale une nouvelle impulsion;

La vie est une lutte sans fin et la médecine s'efforce de préserver cette vie fragile et précieuse à laquelle tient profondément et à juste titre tout être humain, aussi déshérité soit-il. Tel est le caprice du cycle biologique des maladies : le SIDA est apparu alors que nous semblions sur le point de résoudre le problème du cancer; mais les virus lents et leurs vaccins nous permettront peut-être de vaincre l'une et l'autre maladie.

Pour remporter cette victoire, l'OMS, arbitre indépendant et objectif, mobilise toutes ses ressources, lance un appel en faveur d'une solidarité et d'une prise de conscience internationales et demande aux dirigeants des pays du continent africain et d'autres continents, ainsi qu'aux organismes des Nations Unies et aux organismes bilatéraux et multilatéraux, de lui prêter leur concours. Ce n'est que par une action commune, concertée et rationnelle qu'il sera possible de soulager une humanité en proie à la souffrance et dont l'existence même est menacée.

Après avoir décrit la maladie et évoqué brièvement la politique de l'OMS ainsi que celle de ses Bureaux régionaux et notamment du Bureau régional de l'Afrique, je forme le vœu que cette réunion soit enrichissante pour nous tous. J'espère sincèrement que les réunions de travail seront fructueuses et que les débats et les échanges d'informations nous permettront de mieux lutter contre le SIDA et de progresser sur la voie de la santé pour tous.

Je vous remercie, Mesdames et Messieurs, de votre attention bienveillante.

LE SIDA: UN BILAN INTERNATIONAL

présenté par le Dr Jonathan M. Mann,
Responsable du Programme spécial de Lutte contre le SIDA,
Organisation mondiale de la Santé,
Genève, Suisse

Pendant une brève période, en 1981, il avait semblé que le SIDA était confiné à un seul pays et à un seul groupe dans la population générale, caractérisé par une orientation sexuelle bien définie. Si la plupart des gens admettent aujourd'hui que le SIDA s'étend à de nombreux pays, rares sont ceux qui ont conscience de l'ampleur véritablement mondiale du problème et, malheureusement, beaucoup ignorent encore les facteurs de risque associés à l'infection par le VIH et, par conséquent, ne comprennent peut-être pas que cette infection menace la majorité des habitants du globe, et non pas un nombre relativement restreint.

Je voudrais faire le point de nos connaissances sur le SIDA en tant que problème de santé mondial et résumer les vues de l'Organisation mondiale de la Santé au sujet de l'infection par le VIH et des moyens de prévention et de lutte.

Le nombre des cas de SIDA qui sont signalés et des pays qui notifient le SIDA a augmenté de façon spectaculaire. En décembre 1982, 711 cas de SIDA avaient été notifiés à l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) par 16 pays seulement. Par contre, au 19 septembre 1986, 31 646 cas de SIDA avaient été notifiés à l'OMS par 100 pays représentant tous les continents.

Cas de SIDA notifiés à l'OMS au 19 septembre 1986

Continents	Nombre de cas	Nombre de pays
Afrique	1 008	15
Amérique	27 166	44
Asie	52	12
Europe	3 127	27
Océanie	293	2
Total	31 646	100

Par suite de la réticence de certaines régions à signaler les cas, à laquelle s'ajoutent un dépistage insuffisant du SIDA et une notification incomplète aux autorités sanitaires nationales, le nombre des cas de SIDA notifiés ne représente qu'une fraction du nombre total à ce jour qui, selon les estimations, dépasserait 100 000. Aussi l'OMS estime-t-elle que c'est le nombre des pays notifiant des cas de SIDA, plutôt que le nombre de cas officiellement signalés, qui traduit l'étendue géographique de la pandémie de VIH et permet donc mieux d'en évaluer l'ampleur. De plus, eu égard à la longue durée d'incubation (jusqu'à six ans, voire davantage) de l'infection par le VIH avant

Annexe 2

qu'apparaissent les manifestations cliniques de la maladie, le nombre des cas de SIDA fournit, au mieux, un tableau inexact de la situation et donne, au pire, une idée faussement optimiste de la portée réelle et de l'intensité de l'infection par le VIH. L'OMS estime qu'à l'échelle de la planète 5 à 10 millions de personnes au moins sont actuellement infectées par le VIH.

Dans les Amériques, 90% des cas sont signalés par les Etats-Unis, où les caractéristiques épidémiologiques peuvent être considérées comme typiques du SIDA "occidental". Le Gouvernement des Etats-Unis estime que 1 à 1,5 million de résidents de ce pays sont infectés par le VIH et qu'environ 270 000 cas de SIDA se seront vraisemblablement produits d'ici à 1991. Plusieurs autres pays apportent une contribution non négligeable au nombre total des cas de SIDA dans les Amériques, à savoir: le Brésil (754 cas), le Canada (638), Haïti (501), le Mexique (161) et la Trinité-et-Tobago (108). A l'exception de Haïti et peut-être d'autres parties de la zone des Caraïbes, le tableau épidémiologique est du type "occidental", mettant en cause essentiellement des sujets homosexuels et bisexuels de sexe masculin et/ou des personnes s'injectant la drogue par voie intraveineuse. Il semble qu'en Haïti le tableau épidémiologique se situe sensiblement à mi-chemin entre les types "occidental" et "africain", ce dernier étant décrit plus loin. Enfin, 27 autres pays des Amériques ont notifié chacun de 1 à 68 cas de SIDA.

En Europe, au 30 juin 1986, 3 041 cas de SIDA avaient été notifiés par 23 pays, notamment la France (806), la République fédérale d'Allemagne (588), le Royaume-Uni (490) et l'Italie (300). Quatre pays de la Région ont indiqué officiellement qu'ils ne comptaient aucun cas de SIDA (la Hongrie, la Pologne, la République démocratique allemande et l'Union soviétique). Parmi les pays participant à la notification en Europe le nombre total de cas par million d'habitants varie d'un maximum de 21,2 pour la Suisse à un minimum de 0,1 pour la Yougoslavie. Si l'on considère les cas de SIDA chez les seuls Européens, on observe un tableau épidémiologique typiquement "occidental". Toutefois, 8% des cas diagnostiqués en Europe concernent des Africains ou des Antillais et, parmi ceux-ci, on trouve un très petit nombre d'homosexuels ou bisexuels masculins, de toxicomanes par voie intraveineuse, d'hémophiles ou de transfusés. D'après les tendances observées actuellement en Europe, on peut estimer à un chiffre se situant entre 25 000 et 30 000 les cas de SIDA à prévoir d'ici à 1988.

La situation du SIDA en Afrique et en Asie est radicalement différente. Sur le continent africain, le tableau épidémiologique est caractérisé par une infection épidémique par le VIH en Afrique centrale, en Afrique de l'Est et dans certaines parties de l'Afrique australe, et l'on relève d'une manière croissante les indices d'un second foyer d'infection humaine à rétrovirus (HIV-2, appelé précédemment LAV-2, HTLV-4) en Afrique de l'Ouest. Aucune région au monde n'est autant affectée par le VIH que l'Afrique si l'on s'en tient à la proportion de la population saine qui est infectée et au nombre de cas de SIDA. En Asie, par contre, le VIH a tout juste fait son apparition dans la population et les possibilités de prévention primaire sont considérables et représentent un enjeu vital pour l'avenir de ce continent.

En Afrique, il est difficile d'évaluer la portée géographique et l'intensité de l'infection par le VIH en raison de la faiblesse des moyens disponibles pour la surveillance des maladies infectieuses et le sérodiagnostic en laboratoire et de l'absence d'une définition largement acceptée et pratique des cas cliniques de SIDA. Néanmoins, on estime au minimum à un million le nombre des Africains actuellement infectés par le VIH et à 10 000 le nombre annuel de cas de SIDA parmi les Africains.

Les données de surveillance en provenance de plusieurs régions prouvent qu'en Afrique l'infection par le VIH et le SIDA se répartissent d'une façon sensiblement égale entre les sexes. Par exemple, à Kinshasa (Zaire), où un projet de recherche zairo-américano-belge est en cours depuis la mi-1984, l'âge moyen des sujets atteints du

Annexe 2

SIDA était de 34 ans, près de 90% des cas étaient âgés de 20 à 49 ans et les hommes étaient nettement plus âgés que les femmes (37 ans en moyenne contre 30 ans). La séro-épidémiologie de l'infection par le VIH à Kinshasa met en évidence une courbe bimodale spécifique de l'âge. On observe le pic initial chez les nourrissons, dont 8% environ sont séropositifs et chez lesquels un pourcentage inconnu possèdent des anticorps maternels passifs plutôt qu'une infection par le VIH. Ensuite, parmi les enfants en bonne santé âgés de 1 à 14 ans, 1 à 2% seulement sont séropositifs. Le second pic, qui accuse aussi une séroprévalence de 8%, s'observe chez les adolescents et les jeunes adultes âgés de 16 à 29 ans. Ce pic est suivi d'un déclin progressif avec l'âge, le taux n'étant plus que de 6% parmi les sujets âgés de 30 à 49 ans et de 4% parmi ceux ayant 50 ans ou plus. Les taux de séroprévalence du VIH chez les adultes en bonne santé dans d'autres pays des régions de l'Afrique où sévit l'épidémie de SIDA se sont échelonnés entre 4% et plus de 30%, mais nombre des enquêtes ne portaient que sur des populations assez restreintes. Des études menées au Rwanda et au Zaïre en 1983 donnaient à penser que le taux annuel d'incidence du SIDA était de 200 à 800 par million d'habitants. En 1984-85, on a estimé que l'incidence du SIDA à Kinshasa (Zaïre) était de 500 à 1000 par million d'habitants, et un taux de séro-incidence de 0,74% par an a été attesté chez plus de 500 habitants de Kinshasa.

Si les modes fondamentaux de transmission du VIH en Afrique sont identiques à ceux qu'on observe dans le monde développé (à savoir, par voie sexuelle, parentérale ou périnatale), il faut signaler toutefois plusieurs différences importantes sur le plan régional. Le mode dominant de transmission du VIH en Afrique est sexuel, s'agissant d'une transmission hétérosexuelle et bidirectionnelle du virus. On note sans surprise que les taux de séroprévalence du VIH chez les prostituées africaines sont élevés, se situant généralement entre 25 et 90%. L'importance des transfusions sanguines dans la transmission du VIH en Afrique est illustrée par la forte séroprévalence du VIH chez les donneurs de sang sains qui est caractéristique de cette région. Si la toxicomanie intraveineuse est pratiquement inconnue en Afrique, par contre les injections médicales et autres manipulations entraînant le percement de la peau par des instruments non stériles (par exemple les scarifications pratiquées à des fins médicales) représentent des voies analogues d'exposition au VIH. Enfin, en tant qu'agent transmis par voie hétérosexuelle, le VIH infecte les femmes enceintes, d'où une transmission périnatale. On ignore actuellement l'efficacité de la transmission périnatale, mais dans les régions d'Afrique où 10% des femmes enceintes sont séropositives pour le VIH, la proportion des nouveau-nés qui risquent d'être infectés par ce virus pourrait atteindre jusqu'à 5%. Le SIDA pédiatrique, particulièrement difficile à diagnostiquer dans des régions où la malnutrition, la pneumonie et les infections gastro-intestinales sont des problèmes courants dans l'enfance, représente un danger croissant en Afrique. Enfin, les interactions entre l'immunosuppression provoquée par le VIH et les maladies endémiques en Afrique comme la tuberculose compliquent encore davantage la situation épidémiologique et les perspectives d'intervention sur le plan de la santé publique.

En Asie, quelques cas de SIDA ont été notifiés en Inde, en Chine, à Taïwan, à Hong Kong, au Japon et en Thaïlande. Ces cas étaient en rapport, soit avec du sang ou des produits sanguins importés, soit avec une transmission sexuelle à des prostitués de sexe féminin ou masculin. Les enquêtes sérologiques ont révélé que la séroprévalence du VIH était extrêmement faible ou nulle parmi la population générale, mais l'infection a été attestée chez certains groupes à risque. S'il est peu probable que le nombre restreint de cas dus à l'administration de sang ou de produits sanguins entraîne une transmission importante dans la population générale, en revanche le risque d'une introduction du VIH en Asie par transmission sexuelle et d'une propagation ultérieure est-elle capitale pour protéger l'Asie du VIH au maximum et le plus longtemps possible.

A l'échelle mondiale, la situation du VIH est extrêmement dynamique, mais on peut cependant dresser une liste théorique des éléments qu'il faut prendre en considération pour combattre le VIH dans le monde:

Annexe 2

- 1) L'infection par le VIH est un problème de santé de portée internationale.
- 2) L'infection par le VIH constitue un phénomène sanitaire négatif d'une très grande importance pour les individus comme pour la santé publique.
- 3) Pendant plusieurs années au moins, on ne pourra vraisemblablement disposer ni d'un vaccin ni d'un traitement susceptibles d'être largement appliqués.
- 4) La lutte contre le VIH dans le monde est une tâche de longue haleine.
- 5) La prévention et la lutte contre le VIH doivent s'inscrire dans les soins de santé primaires.
- 6) L'infection par le VIH constitue un défi sans précédent qui appelle des solutions sans précédent.

La conception du Programme spécial OMS de Lutte contre le SIDA reflète un consensus à propos des composantes fondamentales de la lutte contre le SIDA, consensus qui s'est dégagé le plus récemment lors de l'Assemblée mondiale de la Santé de mai 1986. Selon cette optique, la lutte contre le SIDA nécessitera des actions coordonnées et complémentaires aux niveaux international et national.

Au niveau international, la responsabilité première du Siège de l'OMS et des bureaux régionaux est la coordination portant sur:

- 1) L'échange d'informations sur l'épidémiologie du VIH, la législation et les politiques adoptées par les Etats Membres.
- 2) L'établissement et la diffusion de directives pour le diagnostic, la surveillance, la prévention et la réduction du VIH, ces directives étant destinées au grand public, aux groupes à haut risque et aux personnels de santé.
- 3) L'évaluation des nécessaires d'épreuve disponibles dans le commerce pour le dépistage des anticorps (ou autres) et la stimulation des travaux de recherche visant à mettre au point des épreuves pouvant être pratiquées sur le terrain dans les pays en développement.
- 4) Les conseils donnés aux Etats Membres pour la fourniture de sang et de produits sanguins offrant toutes garanties de sécurité.
- 5) La coordination des recherches sur les agents thérapeutiques, les vaccins et les rétrovirus simiens.
- 6) La coopération avec les Etats Membres pour élaborer des programmes/actions nouveaux en vue de la prévention du VIH et de la lutte contre ce virus.

Au niveau national, il est nécessaire d'établir un plan d'action pour la lutte contre le SIDA quel que soit présentement le degré de transmission du VIH. Dès que la situation épidémiologique du VIH a été évaluée au niveau national, il devient possible de définir les quatre principales composantes du programme national de prévention et de lutte, à savoir:

- 1) Un système de surveillance.
- 2) Des moyens d'appui en laboratoire.
- 3) Des moyens d'éducation/information pour les personnels de santé.

Annexe 2

- 4) Des efforts de prévention orientés vers le grand public et les groupes à risque au sein de la population.

Le Programme spécial de Lutte contre le SIDA a été organisé au Siège de l'OMS, des fonds ont été obtenus et les ressources nécessaires sont maintenant disponibles pour aider les Etats Membres à élaborer et exécuter leur programme national de lutte contre le SIDA.

Le SIDA pose un sérieux défi, qui revêt des aspects multiples, tant pour les services médicaux et de santé publique que pour le tissu social lui-même. Si nous appliquons logiquement nos connaissances épidémiologiques, la prévention du VIH nécessitera une modification à long terme de notre comportement sexuel. Or, nous ne saurions imaginer tâche plus difficile, sérieuse ou complexe. Pourtant, nous pouvons encore moins nous retrancher derrière une attitude d'auto-satisfaction ou de résignation pessimiste quant à la capacité de l'individu et de la société de modifier son comportement face à une menace clairement perçue. Analysons le VIH en tant que problème de santé publique avec précision et dans un esprit aussi scientifique que possible. Unissons nos ressources, tant matérielles qu'intellectuelles, pour affronter ce virus et les états pathologiques qui lui sont associés. Appliquons les enseignements du passé, les connaissances que nous avons héritées en matière de santé publique, en y ajoutant la créativité et l'imagination nouvelles qu'exige la situation présente. Peut-être le SIDA est-il, comme d'aucuns l'affirment déjà, la peste de notre siècle, mais je pense que nous avons encore notre mot à dire. Nous collaborons à la lutte contre le SIDA lors - et même, en fait, au tout début - de l'une de ces rares périodes de l'histoire où le monde entier se voit confronté à un nouveau grand défi sur le plan de la santé publique. Nous assumons donc une lourde responsabilité, mais la possibilité qui nous est offerte de marquer des points n'est pas moins grande. C'est en fonction des actions que nous entreprendrons, ou auxquelles nous aurons renoncé au cours des quelques années à venir, que nous serons jugés - et mériterons de l'être - par les générations futures.

ANNEXE 3

LISTE DES PARTICIPANTS

Représentants des Etats Membres

ANGOLA

Dr Borges Fernando Carlos, Médecin, Ministère de la Santé, Luanda.

Dr Mario Alfonso d'Almeida, Chef des Services d'Assistance médico-militaire, Ministère de la Défense, Luanda.

BENIN

Professeur Hountondji, C.N.H.U., Cotonou

BURKINA FASO

Professeur H. Tiendrebeogo, Membre rapporteur du Comité national de lutte ANTISIDA, Ecole supérieure des Sciences de la Santé, Ouagadougou.

BURUNDI

Dr S. Nkezimana, Médecin-Chef du Service MST-SIDA, Ministère de la Santé, Bujumbura

Dr N. Nitunga, Médecin interniste, Bujumbura

CAMEROUN

Professeur L. Kaptue, Directeur de la Santé, Président du Comité national pour le SIDA, Ministère de la Santé, Yaoundé

Dr Durand, Chef de Service de Virologie, Centre Pasteur, Yaoundé

Professeur G. Garrigue, Directeur du Centre Pasteur du Cameroun, Yaoundé

CONGO

Professeur Itoua-Ngaporo, Président du Comité scientifique de diagnostic et de lutte contre le SIDA, Chef de Service de Gastro-Entérologie, Hôpital général, Brazzaville

Professeur F. Yala, Vice-Président du Comité scientifique de lutte contre le SIDA, Chef de Service des Laboratoires bactériologiques et Immunologie, Hôpital général, Brazzaville

Dr G. Madzou, Membre du Comité scientifique de diagnostic et de lutte contre le SIDA, Brazzaville

M. C.A. Gampicka-Kouyokila, Attaché de Presse et Communication, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Brazzaville

Dr P. M'Pele, Coordination clinique - Enquête SIDA Congo, Hôpital général, Brazzaville

Dr M. Biendo, Responsable laboratoire SIDA Congo, Hôpital général, Brazzaville

Annexe 3

Dr A. Mbitsi, Médecin (DMP), Chef Programme MST, Brazzaville

Dr P. Eozenou, Médecin, Chef de Service Epidémiologie, Brazzaville

COTE d'IVOIRE

Dr S.A. Ouattara, Pharmacien biologiste, Institut Pasteur, Abidjan 01

Dr K.P. Odehouri, Médecin infectologue, CHU de Treichville, Abidjan

ETHIOPIE

M. Getachew Gizaw, Chef du Service national de Surveillance épidémiologique, Ministère de la Santé, Addis Abéba

GABON

Dr Eric Frost, Chef de laboratoire de Microbiologie, Centre international de Recherches médicales, Franceville (CIRMF), Franceville

GAMBIE

Dr F.S.J. Oldfield, Director of Medical Services, Medical Headquarters, Banjul

GHANA

Dr A. R. Neequaye, Chairman, Ghana Technical Committee on AIDS, Department of Medicine, Korle Bu Hospital, Accra

Dr V.K. Agadzi, Specialist and Chief Epidemiology Division, Ministry of Health, Accra

GUINEE

Dr Kekoura Kourouma, Coordonnateur du Comité de Prévention du SIDA, Division Bio-pharmaceutique, Ministère de la Santé et des Affaires sociales, Conakry

GUINEE-BISSAU

Dr F. Dias, Medicien (Clinicien) no laboratorio de Saude publica, MINSAP, Bissau

GUINEE EQUATORIALE

Dr Farshid Meidany, Médecin, Hôpital général de Malabo, Ministère de la Santé, Malabo

KENYA

Dr M. Owili, Senior Consultant Dermato-Venereologist, Clinical AIDS Coordinator, Ministry of Health, Kenyatta National Hospital, Nairobi

Mrs E. Njeri Ngugi, National AIDS Coordinator, Deputy Chief Nursing Officer, Nairobi

Dr Ch. Mefano

LESOTHO

Dr C.T. Moorosi, Deputy Director, Laboratory Services, Ministry of Health, Maseru

Annexe 3

LIBERIA

Dr A. Hanson, Director, Liberian Institute for Biomedical Research, Robertsheld

MADAGASCAR

Dr P. Randimbivahiny, Directeur du Service sanitaire et médical, Ministère de la Santé, Antananarivo

Dr A.J. Rasamindrakotroka, Médecin biologiste - Laboratoire d'Immunologie, Hôpital Joseph Ravoahangy Andrianavalona, Antananarivo

MALAWI

Dr D.J. Wood, Economist, Overseas Development Administration, Lilongwe 3

UGANDA

Dr I.S. Okware, Chairman, National Committee for the Prevention of AIDS, Ministry of Health, Entebbe

Dr R.D. Mugerwa, Senior Lecturer, Department of Medicine, Coordinator, AIDS Control Programme, Kampala

Dr A. Lwegaba, Project Manager, Uganda AIDS Programme, Entebbe

REPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

Professeur M. Vohito, Président du Comité national de lutte contre le SIDA, Bangui

Dr B. Lala, Chef de Service MST-SIDA, Bangui

M. L. Gondao, Spécialiste de laboratoire, Bangui

Mme M.L. Yete, Pharmacienne-Laboratoire national de Biologie clinique et Santé publique, Service d'Immunologie, Bangui

RWANDA

Dr G. Bugingo, Médecin-Dermatologue, Hôpital universitaire, Butare

Dr Th. Gatsinzi, Médecin-Pédiatre, Hôpital universitaire, Butare

SENEGAL

Dr Abibou Samb, Professeur agrégé de Médecine (Bactériologie-Virologie), Faculté de Médecine et Pharmacie, Dakar

Dr Ibra Ndoye, Médecin-Chef de Service MST, Bureau Lutte contre MST-SIDA, Direction de l'Hygiène et de la Protection sanitaire, Ministère de la Santé publique, Dakar

SEYCHELLES

Dr R. Brewer, Consultant Pathologist, Victoria Hospital, Mahé

Annexe 3

SIERRA LEONE

Dr A. Kosia, Dermato-Venerologist, c/o Dermatology and STD Unit, Connaught Hospital, Freetown

SWAZILAND

Dr J.J. Thuku, Director of Health Services, Ministry of Health, Mbabane

TANZANIE

Dr Fred Solomon Mhalu, Professor of Medical Microbiology/Immunology, Muhimbili Medical Center, Dar es-Salaam

Miss Asha Ahmed Othman, Laboratory Technician, Ministry of Health, Zanzibar

TCHAD

M. Gouan Douth Koulieng, Ingénieur sanitaire, Directeur de la Médecine préventive et de la Santé rurale, Ndjaména

TOGO

Dr Awisi Dagoka, Directeur de l'Institut national d'Hygiène du Togo, Lomé

ZAIRE

Dr M.B. Binyingo-Embonga, Conseiller du Commissaire d'Etat à la Santé publique, Clinique de Ngaliema, Kinshasa

Dr Kayembe Kalambayi, Médecin, Clinique universitaire, Kinshasa XI

Dr Muyembe-Tamfum, Doyen de la Faculté de Médecine de Kinshasa, Vice-Président du Comité national de lutte contre le SIDA, Kinshasa XI

Dr Bila M. Kapita, Chef de Département, Médecine interne, Hôpital Mama Yemo, Kinshasa I

Dr Nzila Nzilambi, Médecin chercheur Projet SIDA, Kinshasa I

Professeur Lurhama Zirimwabagabo, Médecine interne, Université de Kinshasa, Kinshasa

M. Ndongala Lubaki, Technicien de laboratoire, Projet SIDA, Kinshasa I

ZAMBIE

Dr M. Mukunyandela, Director Tropical Diseases Research Centre, Ndola

Mrs R. Musonda Mwendapole, Research Scientific Officer, Tropical Diseases Research Centre, Ndola

Dr Sam Lubasi Nyaywa, Assistant Director of Medical Services and Chairman, National AIDS Surveillance Committee, Ministry of Health, Lusaka

ZIMBABWE

Mr B. Manyame, National MCH Coordinator, Ministry of Health, Harare

Annexe 3

Conseillers temporaires

Belgique

Dr P. Piot, Professeur, Département de Microbiologie, Institut de Médecine tropicale,
2000 Anvers

Etats-Unis d'Amérique

Dr R. Biggar, Medical Epidemiologist, National Cancer Institute, National Institutes of
Health, Bethesda, Maryland 20892

Dr J.W. Curran, Director, AIDS Programme, Center for Infectious Diseases, Centers for
Disease Control, Atlanta, Georgie 30333

Mrs M. Donoghue, Special Assistant to the Director, National Institute of Allergy and
Infectious Diseases, Bethesda, Maryland 20892

Dr M. Essex, Professor, Harvard University, School of Public Health, Boston,
Massachusetts 02115

Dr J.R. Harris, Agency for International Development (AID), Office of Health, Washington
D.C. 20523

Dr K. Holmes, Professor and Vice-Chairman, Department of Medicine, University of
Washington, Seattle, Washington 98104

Dr J.R. La Montagne, Director, AIDS Programme, National Institute of Allergy and
Infectious Diseases, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20896

Dr J.B. McCormick, Chief, Special Pathogens Branch, Division, Center for Infectious
Diseases, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgie 30333

Dr T.C. Quinn, Associate Professor of Medicine, Division of Infectious Diseases, Johns
Hopkins Hospital, Baltimore, Maryland 21205

Dr E. Reed, Executive Secretary, NIAID/AIDS Drug Selection Committee, Division of Cancer
Treatment, National Cancer Institute, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland
20892

Dr W.G. Robey, Research Chemist, Office of the Director, Research Unit, National Cancer
Institute, Frederick Cancer Research Facility, Frederick, Maryland 21701

Ms S. Sagebiel, International Program Officer, National Institute of Allergy and
Infectious Diseases, National Institutes of Health, Bethesda, Maryland 20892

Dr K.A. Western, Chief, Office of Tropical Medicine and International Research, National
Institute of Allergy and Infectious Diseases, National Institutes of Health, Bethesda,
Maryland 20892

France

Dr F. Brun-Vezinet, Service de Virologie, Laboratoire central de l'Hôpital Claude
Bernard, 75944 Paris

Dr D. Klatzmann, Professeur assistant, Service de Néphrologie, Hôpital Pitié Salpêtrière,
75634 Paris

Annexe 3

Secrétariat de l'OMS

BUREAU REGIONAL DE L'AFRIQUE

Dr G.L. Monekosso, Directeur régional

Dr E.G. Beausoleil (PM3), Directeur de programme, Lutte contre la maladie.

Dr F.X. Hakizimana, Médecin régional, Bureau des maladies transmissibles

BUREAU REGIONAL DES AMERIQUES

Dr R. St John, Coordonnateur du Programme, Appréciation de la situation sanitaire et de ses tendances.

SIEGE DE L'OMS

Dr F. Assaad, Directeur de la Division des Maladies transmissibles

Mme E. Bernard, Secrétaire, Programme de lutte contre le SIDA, Division des Maladies transmissibles.

Dr J. Mann, Responsable du Programme spécial de Lutte contre le SIDA, Division des Maladies transmissibles

Mr. W. Parra, Fonctionnaire chargé du Soutien gestionnaire, Division des Maladies transmissibles.

Observateurs

Professeur M.W.F. Canas Ferreira, Professeur de Microbiologie/Virologie, Institut d'Hygiène et de Médecine Tropicale, 1300 Lisbonne, Portugal

Dr P. Coranaglia-Ferraris, Institut National de Cancérologie, IST, 16132 Gênes, Italie

Dr K. De Cock, Visiting Scientist, Special Pathogens Branch, Division of Viral Diseases, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgie 30333, Etats-Unis d'Amérique

Dr G. Desmyter, Professeur de Virologie, Institut Rega, 3000 Louvain, Belgique

Dr S.E. Ekeid, Coordonnateur chargé du SIDA au niveau national, Direction de la Santé, 0032 Oslo 1, Norvège

Dr B. Fitzgibbon, Fonctionnaire technique, CCCD/Congo, CDC/US AID, Ambassade américaine, New York 09662-0006, Etats-Unis d'Amérique

Dr D.N. Forthal, Consultant, International Health Programme Office, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgie 30333, Etats-Unis d'Amérique

Dr H. Francis, Chef du Laboratoire du Projet SIDA (s/c Ambassade des Etats-Unis à Kinshasa), APO, New York 09662-0006, Etats-Unis d'Amérique

Dr J. Garrett, Centre collaborateur de l'OMS pour le SIDA, National Institute for Biological Standards and Control, Londres NW3 6RB, Royaume-Uni

Annexe 3

Professor G. Giraldo, Directeur de la Division d'Oncologie Virale, Institut national de Cancérologie, "Fondazione Pascale", 80131 Naples, Italie

Mr. A. Hasham, Représentant de la Société de Croix Rouge du Kenya, Nairobi, Kenya

Dr. L. O. Kallings, Professeur, Directeur général, Laboratoire national de Bactériologie, S-10521 Stockholm, Suède

Dr F. Sai, Conseiller principal sur les questions de population, Banque mondiale, Washington, DC 20433, Etats-Unis d'Amérique

Dr P.J. Key, Senior Medical Adviser, Overseas Development Administration of Foreign and Commonwealth Office, Londres SW1E 5DH, Royaume-Uni

Dr T. Kitamura, Directeur du Département chargé de l'Etude des Entérovirus, Institut national de la Santé, Tokyo 141, Japon

Dr A. Levin, Clinical Investigator, Clinical Research Center, Middlesex HA1 3UJ, Royaume-Uni

Dr G.E. Martin, Conseiller régional (PHC) UNICEF, Antananarivo, Madagascar

Dr L.M.E. Massimo, Directeur du Service de Pédiatrie, d'Hématologie et d'Oncologie, Institut "G.Caslini", 16148 Gênes, Italie

Dr M. Merlin, Chef du Service d'Epidémiologie, OCEAC, Yaoundé, Cameroun

Dr A.M. Nelson, Pathologiste, Projet SIDA, (s/c Ambassade des Etats-Unis à Kinshasa), N.Y.09662, Etats -Unis d'Amérique

Dr P. Nunn, Department of Clinical Tropical Medicine, London School of Hygiene, Londres WC1E 7HT, Royaume-Uni

Dr D. Philips, London School of Hygiene, Londres WC1E 7HT, Royaume-Uni

Dr R. Ryder, Directeur du Project SIDA, (s/c Ambassade des Etats-Unis à Kinshasa), N.Y.09662-0006, Etats-Unis d'Amérique

Ms S. Schneider, Assistant Programme Officer, Program for Appropriate Technology in Health (PATH), Washington D.C. 20036, Etats-Unis d'Amérique

Dr B. Standaert, Coopération Belge, Projet SIDA au Burundi, Bujumbura, Burundi

Dr Stringini, Institut de Microbiologie, 16132 Gênes, Italie

Dr O.E. Varnier, Institut de Microbiologie, 16132 Gênes, Italie

Mr D. Wood, Overseas Development Administration, Londres SW1E 5DH, Royaume-Uni

Dr R. Colebunders, Projet SIDA, Kinshasa, Zaïre

Dr Leopold Jansegers, FOMETRO, BP 41, Zaïre