

WHO/GPA/ESR/89.1

Original: Anglais

Distr.: Générale

28463

PROGRAMME
MONDIAL DE LUTTE
CONTRE LE **SIDA**

RAPPORT DE LA CONSULTATION SUR
LES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES
COMME FACTEUR DE RISQUE POUR
LA TRANSMISSION DU VIH

GENEVE
4-6 JANVIER 1989



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE



RAPPORT DE LA CONSULTATION SUR LES MALADIES
SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES COMME FACTEUR DE RISQUE
POUR LA TRANSMISSION DU VIH

Genève, 4-6 janvier 1989

TABLE DES MATIERES

	Page
1. INTRODUCTION	1
2. ETUDES RELATIVES AUX MST COMME FACTEUR DE RISQUE POUR LA TRANSMISSION DU VIH	2
2.1 Europe	2
2.2 Kenya	2
2.3 Pays-Bas	3
2.4 Ouganda	3
2.5 Etats-Unis	3
2.6 Zambie	4
2.7 Zaïre	4
2.8 Zimbabwe	5
3. DECLARATION DE CONSENSUS	5
A. Les MST comme facteur de risque pour la transmission du VIH	5
B. Priorités de recherche	6
C. Implications pour les stratégies et les programmes	7
4. Annexes 1: Références choisies	9
2: Liste des participants	11

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.

1. INTRODUCTION

La Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA a trois objectifs: (1) prévenir la transmission du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)¹; (2) réduire l'impact personnel et social de l'infection par le VIH; (3) unifier les efforts nationaux et internationaux de lutte contre le SIDA. L'Organisation mondiale de la Santé et l'Assemblée générale des Nations Unies ont appelé tous les pays à mettre en place des programmes nationaux de prévention et de lutte contre le SIDA conformément à la Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA.

Les études épidémiologiques montrent que la transmission du VIH s'effectue par trois voies: la voie sexuelle (rapports hétérosexuels ou homosexuels); la voie parentérale, c'est-à-dire par le sang, les produits du sang, les greffes d'organes et le sperme; la voie périnatale, de la mère infectée à l'enfant. La transmission sexuelle est le plus fréquent de ces modes de transmission. L'information relative aux facteurs biologiques qui peuvent influencer sur la transmission sexuelle du VIH est donc d'une importance cruciale. Des études récentes conduisent à penser que les maladies sexuellement transmissibles (MST), en particulier celles qui provoquent une ulcération des voies génitales², peuvent faciliter la transmission du virus de l'immunodéficience humaine de type 1 (VIH-1).

En vue d'examiner l'information disponible sur les MST comme facteur de risque pour la transmission du VIH, le Programme mondial de Lutte contre le SIDA (GPA) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ainsi que le Programme des maladies sexuellement transmissibles (VDT) ont organisé une consultation à Genève du 4 au 6 janvier 1989. La consultation a réuni au total 32 participants venant de 21 pays et comprenant des experts des aspects de la santé publique, de l'épidémiologie, de la recherche biomédicale et des sciences sociales touchant les MST et le SIDA.

La consultation avait les objectifs suivants:

1. examiner et évaluer les données disponibles concernant les MST comme facteur de risque pour la transmission du VIH;
2. identifier les priorités et les méthodologies des recherches futures en vue d'améliorer la compréhension des interactions biologiques entre VIH et MST;
3. envisager les implications pour les stratégies et les programmes des résultats des débats sur les objectifs 1 et 2.

La consultation a été ouverte par le Dr D. Heymann, Chef par interim de l'unité d'appui et de recherche épidémiologiques (ESR), GPA, et le Dr J. Mann, Directeur de GPA ainsi que le Dr A. Meheus, Directeur du Programme VDT, ont souhaité la bienvenue aux participants. La réunion s'est déroulée sous la présidence du Dr P. Piot (Belgique), le Dr M. Melbye (Danemark) remplissant les fonctions de rapporteur.

La consultation a d'abord passé en revue l'épidémiologie des MST et du VIH pour s'assurer qu'elle disposait de la documentation de base nécessaire. Des exposés relatifs à la méthodologie et aux résultats des études portant spécialement sur les MST considérées comme un facteur de risque pour la transmission du VIH ont ensuite été présentés et discutés.

¹ On utilisera dans ce document la désignation VIH, à moins qu'il ne s'agisse plus particulièrement du VIH-1 ou du VIH-2.

² Que l'on appellera ulcère génital, bien que certaines des ulcérations en cause puissent ne pas être cliniquement établies.

Trois groupes de travail ont été chargés d'examiner les problèmes particuliers suivants, relatifs aux MST comme facteur de risque pour la transmission du VIH: évaluation de la recherche (sous la présidence du Dr R. Ancelle), besoins de recherche (sous la présidence du Dr R. Greenblatt) et implications pour les programmes (sous la présidence du Dr R. Coutinho). Après un résumé des débats, la consultation a procédé à l'élaboration d'une déclaration de consensus qu'elle a approuvée.

2. ETUDES RELATIVES AUX MST COMME FACTEUR DE RISQUE POUR LA TRANSMISSION DU VIH

Les études présentées ont été discutées en même temps que d'autres études publiées précédemment. Pour toutes les études, la discussion a porté point par point sur les aspects suivants:

1. Plan de l'étude
2. Mesures effectuées et définitions utilisées
3. Sources possibles de biais
4. Présence de variables confondantes
5. Interaction possible entre résultats
6. Taille de l'échantillon
7. Populations étudiées

Il a également été procédé à une évaluation attentive en fonction des critères ci-après:

1. Séquence temporelle
2. Cohérence entre les études
3. Force d'association
4. Gradient biologique
5. Spécificité de l'effet
6. Plausibilité biologique

2.1 Europe

Une étude européenne multicentre a été effectuée pour déterminer l'état sérologique de 197 partenaires sexuelles féminines d'hommes séropositifs au VIH provenant de 6 pays européens. Les femmes déclarant avoir eu des rapports sexuels avec d'autres personnes que leurs partenaires séropositifs ont été écartées. Les antécédents d'infections génitales de ces hommes et de ces femmes pour les cinq années antérieures ont été comparés à l'état sérologique des partenaires féminines. Une analyse multivariante a permis de tenir compte du comportement sexuel, de l'état clinique du cas initial masculin et d'autres caractéristiques des couples, et les résultats ont été présentés.

2.2 Kenya

Une cohorte de prostituées séronégatives pour le VIH a été suivie sur une période de 30 mois, avec vérification de l'état sérologique tous les six mois.

Les entretiens semestriels comprenaient un examen physique, y compris un examen gynécologique; des cultures de *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *H. ducreyi*; un test sérologique de dépistage de la syphilis; et un entretien concernant les pratiques sexuelles. La séroconversion au VIH a été comparée à la présence de MST par analyse univariante et multivariante, avec ajustement pour le nombre de partenaires sexuels par jour.

Une cohorte d'hommes séronégatifs pour le VIH a également été suivie pendant plusieurs mois. Ces hommes avaient présenté une maladie sexuellement transmissible cliniquement établie et avaient eu récemment des rapports sexuels avec des prostituées vivant dans un quartier défavorisé de Nairobi. A divers intervalles pendant la période de suivi, le type de MST au moment du recrutement dans la cohorte a été comparé à l'état sérologique, par analyse de régression logistique univariante et multivariante pas à pas; des rapports concernant ces études ont été présentés.

2.3 Pays-Bas

Une cohorte de 748 homosexuels masculins est étudiée à Amsterdam depuis la fin de 1984-début 1985. Les membres de la cohorte passent une visite tous les trois mois et sont invités à fournir un échantillon de sang en vue d'analyses virologiques et immunologiques. Une analyse par régression linéaire multiple a été effectuée sur huit variables significatives univariates mises en corrélation avec la séropositivité au VIH, comprenant la sérologie pour la syphilis, les pratiques sexuelles et les antécédents d'ulcères génitaux. Les résultats de cette analyse ont été présentés.

Un échantillon de 117 prostituées pratiquant la toxicomanie intraveineuse et fréquentant un dispensaire MST d'Amsterdam entre 1985 et 1987 a été étudié. Les antécédents MST des six mois antérieurs ont été reconstitués à partir des dossiers médicaux de chaque femme et les sujets ont été invités à fournir des échantillons de sang pour un test de dépistage de la syphilis. Les antécédents MST et leurs rapports avec la séropositivité pour le VIH ont fait l'objet d'une analyse de régression logistique univariate et multivariate. Les résultats préliminaires de l'analyse ont été présentés.

2.4 Ouganda

Les résultats d'une enquête sérologique nationale visant à déterminer la séoprévalence de l'infection à VIH ont été présentés. La séropositivité pour le VIH a été comparée aux antécédents MST sans limitation de temps. Les données fournies par le système national de surveillance du SIDA ont été communiquées et la présence du SIDA a été comparée aux antécédents MST. Les résultats préliminaires d'une étude portant sur 1 300 patients et comparant le diagnostic clinique de MST à la séropositivité pour le VIH ont été présentés. Le diagnostic clinique des MST n'était pas confirmé par des études microbiologiques ou sérologiques. Le test de dépistage du VIH utilisait une méthode Elisa par compétition. Dans la plupart des cas, la confirmation a été recherchée par la répétition du test Elisa.

2.5 Etats-Unis

Le rapport entre les MST déclarées par les sujets eux-mêmes et la séropositivité au VIH a été examiné dans deux populations d'homosexuels masculins, l'une recrutée aux environs de l'Hôpital général de San Francisco, l'autre parmi les patients du dispensaire MST de l'hôpital. Une analyse multivariate a été effectuée pour tenir compte du nombre des partenaires sexuels fidèles.

Une cohorte de 1 600 homosexuels masculins, résultant d'un choix aléatoire parmi 6 700 hommes fréquentant le dispensaire MST de la ville et ayant participé à une étude sur l'hépatite B, est étudiée à San Francisco depuis la fin des années 1970. Des séries temporelles d'échantillons sanguins provenant d'un sous-groupe de 62 sujets séronégatifs pour le VIH ont été analysées par les Centres de Lutte contre la Maladie (CDC) en vue de rechercher divers agents infectieux, parmi lesquels le VIH et l'herpes virus de type 2 (HSV-2). L'état sérologique pour le HSV-2 a été comparé parmi les hommes qui étaient restés séronégatifs pour le VIH et ceux qui présentaient une séroconversion au VIH.

Le groupe d'études des partenaires de Californie a procédé à une étude prospective de couples hétérosexuels en désaccord dans lesquels l'homme était séropositif pour le VIH. Plusieurs facteurs relatifs aux hommes ont été étudiés, y compris le nombre de MST pendant toute la vie, la sérologie pour HSV et la sérologie pour la syphilis. Des examens sérologiques pour la recherche du HSV et de la syphilis ainsi que des cultures de *N. gonorrhoeae* et de *C. trachomatis* ont été effectués à intervalles réguliers sur les partenaires féminines séronégatives pour le VIH. Les résultats des épreuves de laboratoire ont été comparés à l'état sérologique des femmes pour le VIH et une analyse de régression logistique a été effectuée pour mettre en évidence des corrélations univariates significatives.

Deux populations d'homosexuels masculins ont été étudiées à Seattle. L'un des groupes comprenait 200 sujets fréquentant un dispensaire MST qui présentaient des symptômes d'infection rectale et gastro-intestinale aiguë (groupe rectite-entérite); l'autre groupe comprenait 111 hommes qui avaient demandé des conseils et s'étaient soumis à une épreuve de dépistage sérologique pour le VIH (groupe du projet de prévention du SIDA).

Des examens sérologiques pour la recherche de la syphilis, du HSV et du VIH ont été effectués sur les échantillons de sang prélevés sur les deux groupes. Dans le groupe rectite-entérite, les antécédents et la situation actuelle concernant les MST et les pratiques sexuelles ont été établis. Les antécédents en matière de pratiques sexuelles ont également été établis pour les hommes du groupe de la prévention du SIDA. Les résultats des épreuves sérologiques ainsi que les antécédents en matière de pratiques sexuelles (dans le groupe rectite-entérite) et de comportement sexuel ont été comparés à la sérologie du VIH en utilisant une régression logistique pour tenir compte de l'activité sexuelle. Les résultats de toutes ces études ont été présentés.

Des données tirées de rapports de surveillance des Centres de Lutte contre les Maladies (CDC), concernant la prévalence aux Etats-Unis des infections causant des ulcères génitaux ont été présentées. L'incidence des syphilis primaires et secondaires atteint 64,3 pour 100 000 parmi les hommes de 20 à 24 ans et elle est plus élevée encore dans certains sous-groupes de la population. Environ 5 000 cas de chancre mou ont été signalés aux CDC en 1987. Les régions géographiques et les sous-populations des Etats-Unis où l'on observe les taux les plus élevés d'infection à VIH présentent également l'incidence la plus élevée pour la syphilis et le chancre mou. En outre, la présence d'anticorps anti-HSV-2 a été constatée chez environ 20% des sujets âgés de plus de 30 ans, mais la proportion de ces sujets qui font des ulcères génitaux récidivants n'est pas connue. L'exposé a traité en profondeur les problèmes méthodologiques liés aux calculs du risque attribuable à l'ulcère génital dans l'infection par le VIH.

On a fait état également d'une diminution récente de l'incidence de la gonorrhée et de la syphilis en Suède, accompagnée simultanément d'une augmentation paradoxale de l'incidence des infections à chlamydia. Ce phénomène peut s'expliquer par l'utilisation accrue de tests de laboratoire pour le diagnostic de l'infection à chlamydia. Le rapport des infections gonorrhéiques entre les deux sexes en Suède approche de l'unité, selon un tableau analogue constaté pour la syphilis aux Etats-Unis. L'attention a été appelée sur une modification de la distribution ethnique des patients souffrant de gonorrhée aux Etats-Unis, la population blanche présentant généralement une diminution de l'atteinte, alors que l'atteinte s'accroît dans la population noire. Il a été question également d'une épidémie de syphilis récemment identifiée parmi des groupes de populations minoritaires du centre des villes où des rapports sexuels sont échangés contre de la drogue.

2.6 Zambie

La séroprévalence du VIH a été comparée aux MST ulcératives et non ulcératives diagnostiquées dans quatre dispensaires MST de Lusaka. Pour déterminer l'incidence du VIH, un sous-groupe de sujets séronégatifs a été suivi pendant deux ans. L'incidence du VIH dans cette sous-population a été comparée avec l'incidence du VIH parmi les femmes fréquentant les consultations prénatales; les résultats de ces comparaisons ont été présentés.

2.7 Zaire

Des examens physiques en vue de la recherche des signes cliniques de MST, confirmés par examen microscopique direct, culture et/ou examen sérologique, ont été effectués sur 761 prostituées recrutées dans les hôtels, les logements et les rues de Kinshasa. Des échantillons sanguins ont également été soumis à des tests de dépistage du VIH. Les résultats ont été comparés aux antécédents de MST de ces femmes et à la présence physique de MST au moment du test sérologique.

Des entretiens avec des employés d'une usine textile et d'une banque de Kinshasa ainsi qu'avec leurs conjoints, ont été complétés par un examen physique et le prélèvement d'un échantillon de sang en vue de la recherche des anticorps anti-VIH. Les résultats des tests ont été comparés avec les antécédents MST, en particulier les antécédents d'ulcère génital. Des rapports ont été présentés sur ces deux études.

2.8 Zimbabwe

Des échantillons sanguins pour la recherche des anticorps anti-VIH ont été prélevés sur les épouses de 270 hommes séropositifs. Les antécédents MST pendant les deux années précédentes ont été établis pour les hommes et comparés à l'état sérologique des épouses; les résultats de cette comparaison ont été présentés.

3. DECLARATION DE CONSENSUS¹

La Consultation a mis au point la déclaration de consensus ci-après:

A. Les MST comme facteur de risque pour la transmission du VIH

1. Alors que le VIH-1 est transmis sexuellement en l'absence de toute autre MST, les preuves du rôle de l'ulcère génital comme facteur de risque dans la transmission du VIH-1 sont suffisamment convaincantes pour conduire à penser qu'une intervention sur l'ulcère génital puisse contribuer à la prévention de la transmission sexuelle du VIH-1.
2. Plusieurs études effectuées dans des pays en voie de développement ont montré que l'ulcère génital est associé à l'infection à VIH-1 chez les hétérosexuels. Quelques études ont montré une association de l'anticorps de l'herpèsvirus de type 2 (HSV-2) et du tréponème pâle (qui sont les principaux agents des ulcères génitaux et anorectaux dans les pays industrialisés) avec l'infection à VIH-1 chez les homosexuels masculins et les hétérosexuels masculins et féminins.
3. Les preuves de ces associations sont cohérentes dans la plupart des études mais, du fait que l'ulcère génital et le VIH-1 sont tous deux sexuellement transmissibles, il ne faut examiner que les études qui ont visé à mesurer et corriger les facteurs de confusion et de distorsion principalement introduits par les comportements sexuels.
4. Les preuves sont surtout valables pour l'ulcère génital en Afrique, où des études prospectives ont donné des résultats cohérents. On dispose également de preuves d'une association temporelle entre l'ulcère génital et l'infection à VIH-1 qui renforcent l'idée que l'ulcère génital facilite la transmission du VIH-1.
5. Des études séro-épidémiologiques portant sur le rapport existant entre le VIH-1 d'une part et le HSV-2 et le tréponème pâle d'autre part ont mis en évidence une association cohérente de ces deux agents pathogènes avec l'infection à VIH-1. D'après certaines données concernant les homosexuels masculins, il semble qu'il existe une association temporelle entre HSV-2 et VIH-1.
6. Alors que quelques études ont constaté une association entre d'autres agents pathogènes de maladies sexuellement transmissibles ou syndromes de maladies sexuellement transmissibles et l'infection à VIH-1, les données recueillies manquent de cohérence et sont insuffisantes pour permettre d'évaluer le rôle de ces agents et syndromes comme facteurs de risque pour la transmission de l'infection à VIH-1.

¹ Relevé épidémiologique hebdomadaire, Z: 46-48 (1989)

7. Il est biologiquement plausible que tous les agents pathogènes des MST qui provoquent une ulcération ou une inflammation des voies génitales constituent des facteurs de risque aggravant l'infection à VIH-1 ou la sensibilité à cette infection.
8. En général, les données disponibles ne permettent pas de faire la distinction entre un effet sur l'accroissement de la sensibilité à l'infection à VIH-1 chez un sujet séronégatif atteint d'une MST et un effet d'aggravation de l'infection à VIH-1 chez un sujet séropositif atteint d'une MST.
9. L'importance des ulcères génitaux comme facteur accroissant le risque de transmission au niveau de la population (risque attribuable à la population), par opposition à la transmission d'individu à individu, n'a été calculée que dans une seule étude portant sur des prostituées et des patients de dispensaires MST, dont les résultats ne peuvent être généralisés. En conséquence, la proportion des infections à VIH-1 transmises sexuellement, qui sont imputables à un ulcère, n'a pas encore été définie pour la population générale.
10. Il n'a pas encore été effectué d'essais d'intervention dont les résultats auraient pu renforcer la thèse selon laquelle l'ulcère génital est un facteur d'accroissement du risque de transmission du VIH-1; de tels essais seraient également utiles pour mesurer l'efficacité de la lutte contre l'ulcère génital dans la réduction de la transmission sexuelle du VIH-1.

8. Priorités de recherche

Les principaux besoins identifiés en matière de recherche future sont les suivants:

1. Efficacité de la lutte contre l'ulcère génital dans la réduction de la transmission sexuelle du VIH-1 (essais d'intervention).
2. Les effets des maladies sexuellement transmissibles sur la transmission du VIH-1. Bien que l'on dispose d'un volume important de données dans ce domaine, les études de cohorte effectuées et rigoureusement contrôlées pour ce qui est de l'étiologie microbiologique des MST et du comportement sexuel des sujets sont peu nombreuses. En outre, il serait nécessaire d'affiner et de normaliser la méthodologie statistique concernant l'examen des effets et des interactions de deux événements étroitement reliés entre eux. Les deux questions précises à examiner pour ce qui est des relations sexuelles de femme à homme, d'homme à femme et d'homme à homme sont: 1) parmi les sujets non infectés par le VIH-1, les MST accroissent-elles la sensibilité aux infections à VIH-1 ? 2) parmi les sujets contaminés par le VIH-1, les MST accroissent-elles la probabilité de la transmission du VIH-1 à leurs partenaires sexuels non contaminés? Parmi les facteurs importants auxquels devrait s'étendre toute étude de ce genre, figurent la prise en compte du comportement sexuel, un essai de quantification du risque de l'exposition au VIH-1, l'examen au moyen de méthodes fiables de toutes les MST potentiellement importantes, une attention convenable étant portée à la grandeur des échantillons et aux méthodes d'analyse. D'autres facteurs à prendre en compte dans la conception de l'étude et l'analyse sont la circoncision, la contraception, la classe sociale, la durée de l'infection à VIH-1 et le stade de la maladie.
3. Il est urgent de mettre au point des stratégies novatrices pour la lutte contre l'ulcère génital.
4. Etudes de l'épidémiologie et de la biologie des MST en ce qui concerne la transmission du VIH-1 et l'effet du VIH-1 sur les MST. Il est nécessaire d'avoir une meilleure compréhension de l'épidémiologie de certaines MST, par exemple le chancre mou. Il faut pouvoir disposer d'une meilleure évaluation de la prévalence et de l'incidence des MST dans la population en vue de déterminer le risque attribuable à la population et de surveiller les modifications des comportements sexuels. Il faut également mettre au

point ou améliorer les techniques de diagnostic relatives à de nombreuses MST, en particulier l'ulcère génital, tout spécialement sur le terrain. Il est nécessaire de disposer d'un tableau plus clair des effets de l'infection à VIH-1 sur les manifestations, la récurrence, le diagnostic et le traitement des MST. Ces études doivent prendre en compte les effets de l'orientation sexuelle, du sexe et de l'environnement géographique sur cette interaction.

5. Il est nécessaire qu'une recherche fondamentale soit menée sur les techniques de détermination des comportements sexuels. En outre, il est important de réunir une information systématique sur les comportements sexuels des différentes populations dans toutes les régions du monde.

6. L'effet des MST sur l'histoire naturelle de l'infection à VIH-1 chez les individus.

7. Biologie de la transmission sexuelle du VIH-1 et des MST. Les études fondamentales devraient porter sur l'immunopathologie des MST, les écoulements génitaux de VIH-1 accompagnés ou non de MST, les effets des dommages mécaniques à l'épithélium génital et les tissus cibles éventuels des voies génitales. Des modèles animaux pourraient être utiles pour simuler la transmission sexuelle du VIH-1.

8. Toutes les études précédemment mentionnées visent une évaluation de l'association de VIH-1 et des MST, mais il est également important d'obtenir des informations sur l'interaction des MST et de VIH-2.

9. La consultation a également permis d'identifier trois domaines prioritaires d'action:

a) élaborer les modèles d'étude et les méthodes statistiques les mieux adaptés pour étudier les interactions entre deux événements étroitement reliés entre eux, comme les MST et l'infection à VIH;

b) encourager les échanges d'informations et les débats entre les chercheurs dans ce domaine;

c) mettre au point des études d'intervention concernant la lutte contre l'ulcère génital et les effets de la lutte contre l'ulcère génital sur la transmission du VIH;

C. Implications pour les stratégies et les programmes

1. L'importance mondiale des MST, avec leurs complications et séquelles en particulier chez les femmes et les nouveau-nés, de même que l'apparition de la pandémie du VIH, exigent la mise au point et le renforcement de programmes de lutte contre les MST dans tous les pays et à tous les niveaux. Par exemple, dans les pays où une lutte effective contre les MST n'est pas encore menée, des interventions sur les MST devraient être instaurées et intégrées aux infrastructures de soins de santé primaires existantes.

2. La pandémie du SIDA augmente encore la nécessité urgente d'appuyer davantage de vastes programmes de prévention, de lutte et de recherche visant les MST. Aux niveaux nationaux et internationaux, les programmes de prévention et de lutte concernant les MST et le SIDA devraient coopérer à la mise au point de stratégies et de méthodes efficaces garantissant une interaction et un soutien mutuel entre ces programmes. En outre, il est essentiel que les chercheurs qui se consacrent aux MST et au SIDA collaborent dans les domaines d'intérêt commun.

3. Les modes de transmission étant similaires, une action de prévention primaire, soit contre les MST, soit contre la transmission sexuelle du VIH, contribuera à réduire la transmission des unes et de l'autre. Par exemple, des interventions sur les comportements, comprenant la promotion de l'usage du préservatif, contribueront à réduire

à la fois la transmission des MST et la transmission sexuelle du VIH; les sujets présentant un risque élevé de contamination par le VIH pourront être atteints en vue d'une intervention préventive par les services chargés des MST.

4. Les programmes VDT et SIDA devront tenir compte des données scientifiques qui s'accumulent concernant l'ulcère génital et le VIH-1, étant donné qu'un traitement rapide et adéquat de l'ulcère génital peut contribuer à réduire la transmission du VIH-1.

5. L'Organisation mondiale de la Santé est invitée à envisager une action coordonnée sur les problèmes de politique générale, de programmation et de recherche examinés dans le présent document.

REFERENCES CHOISIES

- Brandt, A.M., AIDS in historical perspective, four lessons from the history of sexually transmitted diseases. *AJPH* 78(4) : 367-371 (1988)
- Greenblatt, R.M. et al. Genital ulceration as a risk factor for human immunodeficiency virus infection. *AIDS* 2 (1) : 47-50 (1988)
- Holmberg, S.D. et al. Prior herpes simplex virus type 2 infection as a risk factor for HIV infection. *JAMA* 259 (7) : 1048-1050 (1988)
- Kreiss, J. et al. Role of sexually transmitted diseases in transmitting human immunodeficiency virus. *Genitourin Med* 64 : 1-2 (1988)
- Piot, P. et al. AIDS: An international perspective. *Science* 239 : 573-579 (1988)
- Piot, P. et al. Heterosexual transmission of HIV. *AIDS* 1 : 199-206 (1987)
- Potterat, J. et al. Does syphilis facilitate sexual acquisition of HIV ? *JAMA* 258 (4) : 473-474 (1987)
- Quinn, T.C. et al. Human immunodeficiency virus infection among patients attending clinics for sexually transmitted diseases. *N Engl J Med* 318 (4) : 197-203 (1988)
- Shandera, W., What is the reason for the association between genital ulcer disease and HIV infection ? Abstracts, III international conference on AIDS and associated cancers in Africa : 88 (1988)
- Simonsen, J.N. et al. Human immunodeficiency virus infection among men with sexually transmitted diseases. *N Engl J Med* 319 (5) : 274-278 (1988)
- Terry, P.M. et al. Are serological tests of value in diagnosing and monitoring response to treatment of syphilis in patients infected with human immunodeficiency virus ? *Genitourin Med* 64 : 219-222 (1988)

LISTE DES PARTICIPANTS

- Dr R. Ancelle, Directeur adjoint, Institut de médecine et d'épidémiologie africaines et tropicales, Hôpital Claude Bernard, 10, Avenue de la Porte d'Aubervilliers, 75019 Paris, France.
- Prof. R.M. Anderson, Head & Professor, Epidemiology Dept, Imperial College Prince Consort Road, London SW7 2BB, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland.
- Dr S. Aral, Division of sexually transmitted diseases, Centers for disease control, 2974 Crowley Drive, Atlanta, GA 30333, United States of America.
- Dr S. Berkeley, Medical Epidemiologist, Uganda Ministry of Health and Chief-of-Party, Task force for child survival, PO Box 136, Entebbe, Uganda.
- Dr R.A. Coutinho, Chef de département, Services de Santé municipaux, Amsterdam, B.P. 20244, 1000 HE Amsterdam, Pays-Bas.
- Dr I. De Vincenzi, Institut de médecine et d'épidémiologie africaines et tropicales, Hôpital Claude Bernard, 10, avenue de la Porte d'Aubervilliers, 75019 Paris, France.
- Dr B. Donovan, President, National venerology council of Australia, Department of public health, University of Sydney, Sydney, NSW 2006, Australia.
- Dr I. El Manssy, Faculté de médecine, Université d'Alexandrie, 26, Rue Saad Zaghloul, Alexandrie, Egypte.
- Dr L. Fransen, Commission des Communautés européennes, Bureau Guimard 10-2-8, 200 rue de la Loi, B-1049 Bruxelles, Belgique.
- Dr A.C. Gerbase, Barao de Uba 446, CEP 90.430, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brésil.
- Dr R. Greenblatt, Assistant Professor of medicine, Division of infectious diseases, University of California, Box 0654, Room C-443, 521 Parnassus Avenue, San Francisco, CA 94143, United States of America.
- Dr S. Hira, Head, dermato-venerology Division, University teaching hospital, PO box 5001, Lusaka, Zambia.
- Dr S. Holmberg, Chief, Special studies section, AIDS Program, Centers for disease control, 1600 Clifton road, Atlanta, GA 30333, United States of America.
- Professor K.K. Holmes, Department of Medicine, University of Washington, Harborview medical Center, 325 Ninth Avenue, Seattle, WA 48104, United States of America.
- Dr K. Jayapaul, Director, Institute of venerology, Government general hospital, Madras 600 003, India.
- Prof. T. Kawana, Département d'obstétrique et de gynécologie, Hôpital universitaire de Tokyo, 3-28-6 Mejirodai, Bunkyo, Tokyo, Japon.
- Dr A.S. Latif, Chairman, School of Medicine, University of Zimbabwe, PO Box A178, Avondale, Harare, Zimbabwe.

Annexe 2

Dr S. M'Boup, Professeur, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Sénégal.

Dr M. Melbye, Institut d'épidémiologie du cancer, Rosenvaengets Hovedvej 35, DK 2100 Copenhague, Danemark.

Dr T. Mertens, London School of hygiene and tropical medicine, Keppel street, London WC1E 7HT, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland.

Dr T. Moorthy, National Skin Centre, 1 Mandalay Road, Singapore 1130, Singapore.

Professor A.J. Nahmias, Professor of pediatrics, Director of infectious diseases & immunology Div., Emory university school of medicine, 69 Butler street, S.E., Atlanta, GA 30303, United States of America.

Dr J.O. Ndinya-Achola, Department of medical microbiology, University of Nairobi, PO Box 19676, Nairobi, Kenya.

Dr I. N'Doye, Directeur du Programme MST et du Programme SIDA du Sénégal, BP 3435, Laboratoire de microbiologie, Hôpital Le Dantec, Dakar, Sénégal.

Dr P. Nsubuga, Consultant physician & dermato-venerologist, Department of medicine, Mulago hospital, PO Box 7051, Kampala, Uganda.

Dr N. Nzila, Médecin chercheur au Projet SIDA, Projet SIDA, BP 8502, Kinshasa I, Zaïre.

Dr M. Osterholm, Minnesota Department of Health, 717 Delaware St, SE/Box 9441, Minneapolis, MN 55440, United States of America.

Dr T.A. Peterman, STD Division, Center for infectious Diseases, Centers for Disease Control, 1600 Clifton road, Atlanta, GA 30333, United States of America.

Prof. P. Piot, Département de microbiologie, Institut de Médecine tropicale, Nationalestraat 155, B-2000 Anvers, Belgique.

Dr F.A. Plummer, Department of medicine & medical microbiology, University of Manitoba, Manitoba, Winnipeg, Canada.

Dr A. Traisupa, Directeur de la Division des maladies vénériennes, Département CDC, Ministère de la santé publique, Bangkok, Thaïlande.

Secrétariat de l'OMS

Dr J. Mann, Directeur, Programme mondial de lutte contre le SIDA, OMS, Genève, Suisse.

Dr G. Torrighiani, Directeur, Division des maladies transmissibles, OMS, Genève, Suisse.

Dr A. Meheus, Directeur de Programme, Programme des maladies sexuellement transmissibles, OMS, Genève, Suisse.

Dr J. Chin, Chef, Surveillance, prévision et étude d'impact, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève, Suisse.

Dr A. De Schryver, Administrateur médical, Programme des maladies sexuellement transmissibles, OMS, Genève, Suisse.

Annexe 2

Dr J. Esparza, Chef par interim, Recherche biomédicale, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève, Suisse.

Dr F.X. Hakizimann, Administrateur médical, Prévention et lutte contre les maladies, Bureau régional OMS pour l'Afrique, Brazzaville, Congo.

Dr D. Heymann, Chef par interim, Appui et Recherche épidémiologiques, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève, Suisse.

Mlle K. Kay, Assistante du Directeur, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève, Suisse.

Dr N. Koinuma, Administrateur médical, Appui et Recherche épidémiologiques, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève, Suisse.

Dr L. Mehra, Administrateur médical, Santé maternelle et infantile, OMS, Genève, Suisse.

Dr B. Nkowane, Administrateur médical, Soutien aux Programmes nationaux, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève, Suisse.

Dr G. Slutkin, Administrateur médical, Soutien aux Programmes nationaux, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève, Suisse.

Dr R. Wabitsch, Administrateur médical, Soutien aux Programmes nationaux, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève, Suisse.

Dr R. Widdus, Chef, Coordination et Développement du Programme, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève, Suisse.

Dr F. Zaccarias, Administrateur médical principal, Organisation Pan-Américaine de la Santé, OMS, Washington, Etats-Unis.

= = =