

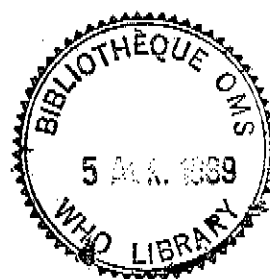
24012

WHO/GPA/SFI/89.1
Original: Anglais
Distr.: Générale

PROGRAMME
MONDIAL DE LUTTE
CONTRE LE **SIDA**

RAPPORT DE LA CONSULTATION INTERREGIONALE
INFORMELLE SUR L'ELABORATION D'UNE
STRATEGIE EPIDEMIOLOGIQUE DE LUTTE
CONTRE LE VIH/SIDA EN ASIE

NEW DELHI, INDE
6-8 JUIN 1988



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE



Rapport de la consultation interrégionale informelle
sur l'élaboration d'une stratégie épidémiologique
de lutte contre le VIH/SIDA en Asie

New Delhi, Inde
6-8 juin 1988

TABLE DES MATIERES

| | Page |
|--|------|
| I. Introduction | 1 |
| II. Aperçu méthodologique | 3 |
| III. Une approche à base épidémiologique de la prévention du VIH | 5 |
| IV. Recommandations à l'intention des programmes nationaux de lutte contre le SIDA dans les régions du tableau III | 11 |
| Annexes | |
| 1. Définitions | 13 |
| 2. Illustration de la surveillance épidémiologique et de l'identification des personnes infectées par le VIH et de leur prise en charge dans un pays du tableau III | 17 |
| 3. Liste des participants | 19 |

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

La consultation avait pour objet d'examiner l'application de la stratégie mondiale de prévention et de lutte contre le SIDA aux situations épidémiologiques et socio-culturelles des pays d'Asie et du Pacifique d'une manière qui soit compatible avec les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé¹. La consultation s'est principalement attachée à élaborer des méthodes de surveillance épidémiologique, de prévention et de lutte pour les zones où la prévalence du VIH/SIDA est actuellement faible (tableau épidémiologique III du VIH/SIDA).

Le Directeur du Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est a déclaré dans son discours d'ouverture que l'infection à VIH constituait un problème de plus en plus aigu et il a souligné la nécessité pour les pays d'élaborer leur propre stratégie dans le cadre de la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA.

Le Directeur du Programme mondial de Lutte contre le SIDA (GPA) a ensuite donné lecture d'un message adressé à la consultation par le Directeur-général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Alors que l'Asie et l'Océanie ont recensé 1% seulement des cas de SIDA déclarés jusqu'ici à l'OMS, le nombre des cas et l'incidence de l'infection à VIH y sont en augmentation. La méthode requise dans les zones où le SIDA est demeuré rare jusqu'ici sera peut-être différente de celle que l'on utilise dans les pays où le SIDA est déjà assez répandu.

La tâche de la consultation consiste à orienter d'une façon plus détaillée le développement des activités de prévention et de lutte contre le SIDA en Asie et en Océanie.

L'épidémiologie mondiale du SIDA a été passée en revue par le chef de l'unité Surveillance, Prévision et Etude d'Impact de GPA. La pandémie de SIDA, d'abord ignorée et sous-estimée, est désormais reconnue comme une menace sans précédent pour la santé mondiale.

Le nombre de cas de SIDA déclarés, qui avoisinent les 250.000 en juin 1988 ne représentent probablement que la partie émergée de l'iceberg; on estime en effet que l'infection à VIH touche actuellement de 5 à 10 millions de personnes. Au 1er juin 1988, 136 pays avaient signalé à l'OMS 96 433 cas de SIDA ainsi répartis:

| Continent | Nombre de cas |
|-----------|---------------|
| Afrique | 11 530 |
| Amériques | 71 343 |
| Asie | 254 |
| Europe | 12 414 |
| Océanie | 892 |
| Total | 96 433 |

¹ Résolution WHA40.26: Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA. Résolution WHA41.24: Non-discrimination à l'égard des personnes infectées par le VIH et des sidéens.

A l'échelle mondiale, on distingue 3 tableaux épidémiologiques du SIDA. Dans les zones du tableau I, la plupart des cas s'observent parmi les homosexuels et bi-sexuels masculins et les toxicomanes par voie intraveineuse (IV). Dans les zones du tableau II, la maladie atteint surtout les hétérosexuels et la transmission périnatale est courante. Dans les zones du tableau III, l'introduction du VIH est probablement récente et les cas de SIDA sont encore rares. Rien ne permet de penser que des facteurs génétiques influent sur le risque d'infection à VIH ou peuvent favoriser l'évolution vers le SIDA chez les sujets infectés par le VIH.

Les risques d'infection par le VIH liés aux transfusions sanguines sont très élevés (plus de 90%). Le risque de transmission périnatale semble être approximativement de 25-50%. La transmission à l'occasion d'un seul rapport hétérosexuel représente un risque variant de 1/100 à 1/1000 et est probablement influencé par des co-facteurs. Les risques d'infection liés à la toxicomanie IV s'expriment par un faible taux de transmission à l'occasion d'une exposition unique, mais le risque cumulatif est élevé avec la répétition des expositions. Le risque de transmission aux agents de santé par une blessure d'aiguille est d'environ 0,5%, ce qui est bien inférieur au risque de contracter l'hépatite B (estimé à 20-25%).

Le Directeur de GPA a exposé succinctement la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA. Cette stratégie élaborée par l'OMS a reçu le soutien de toutes les nations du monde. Elle a été approuvée à l'unanimité par l'Assemblée mondiale de la Santé (Genève, mai 1987), le Conseil économique et social des Nations Unies (Genève, juillet 1987), l'Assemblée générale des Nations Unies (New York, octobre 1987) et le Sommet mondial des Ministres de la Santé sur les programmes de prévention du SIDA (Londres, janvier 1988) qui en ont fait le fondement d'une action mondiale.

Les objectifs de la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA sont au nombre de trois:

- a) prévenir l'infection par le VIH;
- b) réduire l'impact personnel et social de l'infection par le VIH;
- c) coordonner les efforts nationaux et internationaux contre le SIDA.

Les principes qui régissent la mise en oeuvre de la stratégie mondiale contre le SIDA sont les suivants:

- a) la santé publique et les droits de l'homme doivent être protégés;
- b) il faut prévenir toute discrimination à l'égard des personnes infectées
- c) l'éducation et l'information sur les principaux moyens de prévenir la transmission de la maladie;
- d) la lutte contre le SIDA doit être intégrée au plan national d'action pour la santé;
- e) la lutte contre le SIDA exige un engagement soutenu;
- f) tous les pays doivent avoir un programme national complet de lutte contre le SIDA, conçu conformément à la stratégie mondiale de lutte contre le SIDA.

Un bon programme d'information et d'éducation est essentiel. Il doit s'appuyer sur les services de santé et d'action sociale et bénéficier d'un environnement social favorable.

Enfin, le directeur de GPA a décrit le rôle de l'OMS, qui élabore des lignes directrices et apporte un soutien technique et financier.

Le Dr G.K. Viswakarma (Inde) a été élu président pour la première partie de la consultation et le Dr T. Thirumoorthy (Singapour), président pour la deuxième partie. Le Dr G.N. Jayakuru (Sri Lanka) a été élu rapporteur.

II. APERÇU METHODOLOGIQUE

Le profil épidémiologique des pays du tableau III laisse une possibilité d'empêcher que le SIDA ne devienne un problème de santé publique d'une ampleur aussi grande que dans les zones des tableaux I et II. Les participants à la consultation ont examiné comment il conviendrait de concevoir une méthode épidémiologique de prévention du VIH pour les pays du tableau III, qui puisse s'accorder parfaitement avec les objectifs, les principes et les activités de la Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA.

Deux stratégies ont été recommandées et examinées dans le détail. Il s'agit des stratégies suivantes:

- 1) La surveillance épidémiologique;
- 2) l'identification et la prise en charge des personnes infectées par le VIH.

Ces deux stratégies se recommandent, car elles peuvent être mises en oeuvre de manière complémentaire.

A. La surveillance épidémiologique de l'infection à VIH est essentielle pour l'orientation des efforts de santé publique. La méthodologie optimale consiste à:

- 1) entreprendre une description par pays des comportements, des environnements et des groupes auxquels un risque d'infection par le VIH a été, est ou pourra être rattaché, sur la base soit des observations effectuées soit de présomptions de vraisemblance;
- 2) mettre au point une méthode d'évaluation/surveillance permettant d'obtenir l'information épidémiologique de la meilleure qualité possible. Les moyens d'identifier et d'atteindre les individus ou les groupes à risque doivent être envisagés sous l'angle opérationnel et pratique. Les enquêtes doivent être fondées sur des examens de dépistage ou des tests anonymes (volontaires ou non corrélés) afin d'éviter un biais de sélection important. [A cette fin, OMS/GPA met la dernière main à des lignes directrices concernant la séro-surveillance du VIH];
- 3) effectuer une série d'enquêtes ainsi conçues;
- 4) analyser les données et veiller à éviter que des groupes particuliers ne soient stigmatisés du fait du mode de présentation des données.

B. L'identification et la prise en charge des personnes infectées par le VIH peuvent contribuer à empêcher la propagation de l'infection par le VIH en apportant aux personnes infectées des conseils et un soutien médical et social. Cette activité peut contribuer utilement aux efforts nationaux de prévention du VIH. Dans les programmes de ce type, il convient d'accorder une attention particulière aux conseils donnés avant et après l'examen sérologique, au consentement éclairé et à la confidentialité, car un programme peut avoir sur la santé publique des effets négatifs bien supérieurs à ses effets positifs s'il conduit à la discrimination et à la stigmatisation ou s'il présente d'autres vices de conception ou d'exécution. Il convient de souligner que si la

confidentialité n'est pas respectée, ou si les sujets infectés par le VIH sont victimes de discrimination ou de stigmatisation, la santé publique s'en trouvera gravement affectée de deux manières: premièrement, les autres personnes vivant dans le même environnement (par exemple, d'autres patients fréquentant les dispensaires MST ou les centres de traitement pour toxicomanes IV) éviteront ces dispensaires ou ces centres ou refuseront de se soumettre aux examens de dépistage. Deuxièmement, les personnes présentant le même comportement à risque auront tendance à éviter les contacts avec les services de santé de crainte de subir des examens. Un contact régulier avec les services de santé et d'action sociale est indispensable pour soutenir les changements de comportement que nécessite la prévention. Toute discrimination aura un effet fortement négatif sur les possibilités actuelles et futures de prévenir la transmission du VIH dans la communauté.

La méthode optimale pour l'identification et la prise en charge des personnes infectées par le VIH est la suivante:

1. entreprendre une description par pays des comportements, des environnements et des groupes (voir ci-dessus);
2. déterminer les environnements et les sites où les personnes exposées à un risque accru d'infection par le VIH pourront être approchées en vue de s'assurer leur participation et définir comment elles seront approchées. Etant donné que les personnes infectées doivent être identifiées individuellement afin qu'on puisse leur apporter des conseils et des services de santé et de soutien social, et étant donné que la coopération de la personne infectée déterminera dans une large mesure le succès de la méthode, les tests de dépistage du VIH doivent être volontaires, fondés sur le consentement éclairé, et accompagnés de la garantie de conseils confidentiels avant et après l'examen sérologique. Avant d'entreprendre une activité visant à identifier les personnes infectées par le VIH, il convient d'en bien considérer tous les aspects, y compris les modalités précises des conseils et du soutien aux personnes infectées;
3. les personnes séropositives doivent être conseillées avec soin et délicatesse. Afin de prévenir la propagation de l'infection à VIH, les services de santé et d'action sociale doivent pouvoir renforcer et soutenir la capacité des séropositifs à changer leurs comportements de manière durable. La confidentialité doit être rigoureusement préservée, la discrimination doit être strictement évitée et les sujets séropositifs doivent être traités avec dignité et leurs droits doivent être protégés. L'orientation des partenaires sexuels vers des services de santé spécialisés doit également être envisagée².

C. Thèmes de recherche. La recherche opérationnelle devrait permettre d'améliorer la mise en oeuvre de la surveillance épidémiologique et des stratégies de prévention fondées sur l'identification et la prise en charge des personnes infectées par le VIH. Elle pourrait porter sur les questions suivantes:

1. La dynamique de la prostitution (dans quelle mesure est-elle réglementée ou admise, quelle est sa durée, quels sont les pratiques sexuelles spécifiques) et l'information sur les moyens d'inciter les prostituées à adopter des pratiques sexuelles "plus sûres" ou à abandonner la profession;
2. L'efficacité des diverses manières d'envisager les conseils pour assurer un soutien à long terme et favoriser des changements de comportement durables;

² Déclaration de consensus adoptée à l'issue de la consultation sur la notification aux partenaires aux fins de prévention de la transmission du VIH (WHO/GPA/INF/89.3).

3. Les schémas de distribution et de comportement des toxicomanes IV;
4. Les schémas de comportement des homosexuels, bisexuels et hétérosexuels;
5. Les services de santé.

III. UNE APPROCHE A BASE EPIDEMIOLOGIQUE DE LA PREVENTION DU VIH

La consultation a conclu qu'il était possible de concevoir une approche à base épidémiologique de la prévention du VIH dans les pays du tableau III qui soit en harmonie complète avec les objectifs, les principes et les activités de la Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA. A la suite d'un examen de l'approche générale applicable dans les zones relevant du tableau épidémiologique III, deux stratégies ont été retenues comme élément clé des programmes nationaux de lutte contre le SIDA: la surveillance épidémiologique et l'identification et la prise en charge des personnes infectées par le VIH.

A. Approche générale pour les zones relevant du tableau III

Certains principes généraux de la prévention et de la lutte contre le SIDA s'appliquent dans le monde entier. Lorsqu'il s'agit cependant d'appliquer la Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA à un programme national particulier, il convient de tenir compte des considérations suivantes:

1. Les méthodes appliquées à la prévention et à la lutte contre le SIDA devraient être modelées sur la structure sociale, culturelle et épidémiologique de chaque pays;
2. L'action intensive d'éducation et de communication visant à prévenir la transmission sexuelle met l'accent sur la nécessité d'observer ou d'adopter des pratiques sexuelles "plus sûres" et d'encourager l'utilisation du préservatif. Le dépistage volontaire devrait être encouragé pour les personnes qui estiment avoir été exposées au risque d'infection par le VIH.
3. La prévention de la transmission du VIH par le sang et les produits sanguins implique que les personnes exposées à un risque accru d'infection par le VIH acceptent de différer le don de leur sang et se prêtent à un dépistage systématique soit uniquement pour le VIH soit en combinaison avec d'autres tests de laboratoire, par exemple pour la recherche du virus de l'hépatite B. L'application de techniques de stérilisation éprouvées pour l'équipement médical et chirurgical doit également être encouragée.
4. La prévention de la transmission de mère à enfant repose sur la prévention de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer, sur la promotion de la contraception chez les femmes infectées et sur l'information des femmes enceintes infectées par le VIH au sujet des risques de transmission périnatale, compte tenu du contexte social et culturel.
5. A l'échelon communautaire, les programmes d'information et d'éducation sont indispensables pour diffuser une meilleure connaissance et une meilleure compréhension du VIH/SIDA, pour apaiser les craintes et pour aider à prévenir la discrimination et la stigmatisation. Un soutien médical, psychologique et social aidera à réduire l'impact de l'infection par le VIH sur les sujets infectés et à préserver leur intégration dans la communauté.
6. Une surveillance intensive est d'une importance capitale dans les pays du tableau III, car toute modification du tableau épidémiologique ou des tendances de l'infection à VIH peut nécessiter des décisions d'ordre stratégique.

B. Approches spécifiques pour les zones relevant du tableau III: surveillance épidémiologique; identification et prise en charge des personnes infectées par le VIH

A l'inverse des zones relevant des tableaux I et II, où les personnes infectées par le VIH se comptent déjà par millions, le nombre des séropositifs dans les zones relevant du tableau III est relativement faible. La surveillance de l'infection par le VIH y est donc d'une importance capitale et l'identification des sujets relativement peu nombreux infectés par le VIH permet de cibler les efforts d'éducation et de notification aux partenaires, contribuant à enrayer la propagation du VIH plus efficacement dans les zones du tableau III que ce n'a été le cas dans celles des tableaux I et II.

1. Surveillance épidémiologique

a) Objectif: déterminer si l'infection à VIH a été introduite dans le pays ou la communauté; déterminer l'ampleur et les tendances de l'infection à VIH d'après la prévalence des marqueurs sérologiques de l'infection dans les diverses sous-populations considérées comme particulièrement exposées au risque d'infection par le VIH.

b) Méthodes: un dépistage de masse à l'échelle du pays ou de la communauté tout entière est matériellement impossible et aurait pour effet de détourner les ressources limitées dont on dispose pour la prévention et la lutte au détriment d'activités de programme efficaces et importantes. Il est toutefois possible, à partir d'une série ou d'un groupe d'enquêtes, d'obtenir une image composite de la population nationale à surveiller. Par contre, même dans les groupes à haut risque qui ont été identifiés, il n'est pas possible d'identifier ou d'atteindre toutes les personnes. Si l'on considère par exemple les sujets atteints de MST, une enquête limitée aux patients qui fréquentent les dispensaires MST laissera de côté les nombreux sujets souffrant de ces maladies qui se font traiter chez des praticiens privés, recourent à l'auto-médication ou se confient à des guérisseurs traditionnels.

i) Aspects généraux de la surveillance: pour organiser un système de surveillance épidémiologique, il convient d'examiner certaines questions, notamment:

- la raison d'être du programme proposé;
- la population à soumettre au dépistage;
- les techniques à utiliser;
- le lieu où les examens de laboratoire doivent être effectués;
- l'utilisation des données obtenues lors du dépistage;
- les problèmes juridiques et éthiques.

La liste complète des questions à prendre en considération concernant le dépistage figure dans le rapport de la réunion sur les critères relatifs aux programmes de dépistage du VIH (WHO/SPA/GLO/87.2).

ii) Définition des groupes à soumettre au dépistage:

a) Description. Dans chaque pays ou communauté, il conviendrait d'inventorier les activités à risque et les groupes qui ont été, qui sont ou qui seront exposés à un risque accru d'infection par le VIH. La liste pourra comprendre les individus (hommes ou femmes) qui se livrent à la prostitution, les patients MST, les gens de mer, les

équipages aériens, les toxicomanes IV, les homosexuels et bisexuels masculins, les hommes et femmes hétérosexuels ayant de multiples partenaires, les enfants des rues, les prisonniers, les hémophiles, les professionnels du tourisme et du spectacle ainsi que les militaires revenant d'outre-mer. L'importance relative des groupes mentionnés et d'autres groupes non mentionnés variera d'un pays à l'autre dans les zones relevant du tableau III.

b) Accès aux groupes. Avant d'engager un programme de surveillance, il conviendra d'examiner les problèmes opérationnels que pose l'accès aux groupes qui ont été définis. L'accessibilité dépend en effet de plusieurs facteurs, qui seront d'ordre juridique, culturel, religieux, social aussi bien que médical. Il sera par exemple difficile d'atteindre les personnes qui se livrent à la prostitution dans un pays où celle-ci est illégale ou non réglementée.

iii) Surveillance et évaluation:

a) Dépistage anonyme non corrélé. La méthode de surveillance optimale est le dépistage anonyme non corrélé, qui utilise les prélèvements sanguins effectués à d'autres fins pour dépister les marqueurs sérologiques du VIH après élimination des données d'identité. La collecte des données épidémiologiques est ainsi assurée tout en écartant la possibilité d'identifier les patients. Cette méthode permet de réduire le biais de sélection et garantit la confidentialité. Le recours au dépistage anonyme non corrélé évite la nécessité d'obtenir le consentement éclairé des patients. Cette méthode, dans la mesure où elle s'accompagne d'un effort d'éducation et d'une offre de dépistage individuel volontaire pour ceux qui désirent connaître les résultats du test, permet d'échapper à un dilemme, car on n'a pas à décider si les personnes infectées doivent être informées et comment le faire.

b) Dépistage volontaire. Dans une situation n'autorisant pas un dépistage de masse anonyme et non corrélé, il y a lieu de recourir au dépistage volontaire, qui peut être anonyme (le nom de l'individu soumis au dépistage n'est pas connu) ou confidentiel (il existe des sauvegardes contre la divulgation sans autorisation des éléments d'identification personnelle ou des résultats du test). Ces méthodes exigent un dispositif logistique plus important et introduisent un biais dans la mesure où la population comprend exclusivement les personnes qui sont volontaires pour participer au programme plutôt que l'ensemble du groupe défini. Par exemple, un dépistage anonyme non corrélé pratiqué sur les nouveau-nés peut s'exercer sur toutes les naissances survenant dans une région donnée si le sang est déjà collecté à d'autres fins (par exemple, dépistage des anomalies du métabolisme). Par contre, un programme de dépistage volontaire ne portera que sur les nouveau-nés dont les parents acceptent volontairement de participer au programme. Le dépistage obligatoire du VIH ne joue qu'un rôle très limité dans les programmes de prévention du SIDA.

iv) Données obtenues par la surveillance épidémiologique. Les données obtenues serviront à déterminer la prévalence de l'infection à VIH dans la population examinée, indiquant du même coup la situation et les tendances épidémiologiques, ainsi que l'impact éventuel des interventions.

v) Activités. Une intervention à base épidémiologique comprend:

- la surveillance continue de groupes déterminés pour étudier les tendances de la maladie ou détecter l'introduction de l'infection;
- un effort d'éducation en matière de santé et des services de conseils centrés sur ces groupes;
- la poursuite des études en vue de détecter les nouveaux cas;

- l'utilisation des données de surveillance pour la planification de la santé publique et l'éducation des autorités nationales et du grand public;
- l'utilisation des données de surveillance pour évaluer l'efficacité des programmes.

2. Identification et prise en charge des personnes infectées par le VIH

a) Objectif: Les personnes infectées par le VIH peuvent ne pas être au courant de leur infection et, à leur insu, la transmettre à d'autres personnes.

b) Méthodes:

- i) Aspects généraux. Cette activité peut contribuer de manière importante aux efforts nationaux de prévention du VIH lorsque le nombre des personnes infectées est faible. Cependant, si l'entreprise est entachée de discrimination, de stigmatisation ou de vices de conception ou d'exécution, les dommages qui peuvent en résulter pour la santé publique risquent d'être beaucoup plus grands que les bienfaits. D'où la nécessité d'accorder une attention particulière aux services de conseils avant et après l'épreuve sérologique, au consentement éclairé et à la garantie de confidentialité. Il faut bien comprendre que le non-respect de la confidentialité ou toute discrimination contre une personne infectée par le VIH peut causer à la santé publique un double dommage: les autres personnes appartenant au même environnement (autour, par exemple, d'un centre de traitement de la toxicomanie IV ou d'un dispensaire MST) refuseront de se laisser examiner, et les personnes ayant le même comportement à risque éviteront tout contact avec les services de santé par crainte d'être soumis à un examen. Des contacts réguliers avec les services de santé et d'action sociale sont indispensables pour appuyer les changements de comportement qui sont à la base de la prévention. S'il y a discrimination ou stigmatisation, la capacité de prévenir la transmission du VIH sera diminuée.
- ii) Inventaire des groupes à inclure dans l'enquête. Il faut inventorier les comportements, les environnements et les groupes dont il est établi ou présumé qu'un risque accru d'infection par le VIH y est attaché. Pourront figurer sur la liste les sujets atteints de MST, les toxicomanes IV, les sujets transfusés à l'étranger ou avec du sang importé, les hémophiles ainsi que les personnes se livrant à la prostitution, hommes ou femmes. Dans chaque cas, il y aura lieu d'examiner comment ces populations pourront être atteintes dans la pratique (par exemple, parmi les toxicomanes IV, seuls pourront être accessibles ceux qui essaient de se faire traiter; parmi les patients souffrant de MST, seuls ceux qui fréquentent les dispensaires spécialisés).
- iii) Stratégie d'évaluation/contrôle. Dans la mesure où cette stratégie suppose l'identification des personnes infectées et exige la coopération de l'individu concerné, le dépistage ne peut être effectué qu'avec le consentement éclairé de l'intéressé et avec un service de conseils avant et après l'examen sérologique.

c) Action/intervention. Les personnes examinées et déclarées séronégatives doivent en être informées, et si elles continuent d'être exposées au risque d'infection à VIH (par exemple, les prostituées et les toxicomanes IV), il convient de les conseiller et de les aider à adopter un comportement réducteur de risque. Certaines personnes déclarées séronégatives (par exemple, les receveurs de sang importé avant 1986 dans les pays relevant du tableau épidémiologique III et les hémophiles) n'auront plus besoin de conseils puisque le risque particulier d'infection par le VIH auquel elles sont exposées a cessé.

Les personnes déclarées séropositives doivent bénéficier de services de conseils attentifs et confidentiels ainsi que du soutien des services de santé et d'action sociale. Il convient d'accorder une attention particulière à l'identification des ressources qui peuvent être mobilisées en faveur des séropositifs (suivi médical, allocations spéciales ou accès à des services sociaux). Des entretiens menés avec soin et délicatesse devraient permettre de déterminer quelles interventions pourraient contribuer à prévenir la poursuite de la transmission du VIH. Il faudrait dans toute la mesure du possible orienter les partenaires sexuels vers des établissements spécialisés.

Quelle que soit la condition sociale du séropositif ou le groupe à risque auquel il appartient, il est indispensable que la confidentialité soit préservée. La personne infectée doit être traitée avec dignité et respect. Toute discrimination ou stigmatisation à l'égard d'un sujet infecté doit être évitée si l'on veut assurer le succès du Programme de Lutte contre le VIH/SIDA.

3. Autres aspects de la surveillance épidémiologique, et de l'identification et de la prise en charge des sujets infectés par le VIH

a) Orientation des partenaires sexuels vers un service spécialisé. Cette orientation peut contribuer au succès des programmes de prévention du VIH³. En effet, l'infection peut être évitée moyennant l'observation de pratiques sexuelles "plus sûres". Si le partenaire est une femme, elle devrait impérativement connaître son état immunitaire par rapport au VIH avant d'envisager une grossesse. La méthode d'information du partenaire sexuel est importante; toutes les personnes infectées devraient bénéficier de conseils et d'un appui afin qu'elles puissent informer elles-mêmes leurs contacts sexuels (orientation des patients vers un service spécialisé, orientation de l'informateur primaire). Toutefois, si la personne infectée ne veut ou ne peut le faire, elle a la possibilité d'autoriser le médecin à informer le partenaire sexuel soit directement soit par l'intermédiaire d'un organisme de santé publique. Dans les deux cas, il est essentiel que la personne infectée (informateur primaire) soit avisée que son partenaire sexuel a été informé. Il importe de préserver la confidentialité de cette information. Le partenaire sexuel devrait bénéficier de conseils et d'autres services, y compris un test confidentiel de dépistage volontaire du VIH.

b) Conseil avant et après l'examen sérologique. Le test de dépistage de l'infection à VIH implique l'obligation de donner des conseils avant et après le test, sauf lorsqu'il s'agit d'enquêtes anonymes et non corrélées. Dans le cas du dépistage individuel volontaire, les conseils avant le test peuvent apporter aux intéressés une information essentielle sur les conséquences des résultats du test, si du moins l'intéressé désire connaître ces résultats. La possibilité d'accéder à des services de conseils compétents est une condition préalable à la conduite d'autres enquêtes séro-épidémiologiques et à la mise en place de programmes de dépistage volontaire.

c) Persistance de conduites comportant un risque de transmission du virus chez les personnes infectées par le VIH. Dans certaines situations, les efforts déployés habituellement pour aider les personnes infectées à adopter un comportement propre à limiter ou à éliminer le risque de transmettre le VIH à d'autres personnes peuvent rester sans effet. Le refus de suivre les recommandations peut s'expliquer par une situation

³ Déclaration de consensus à l'issue de la consultation sur la notification aux partenaires aux fins de prévention de la transmission du VIH (WHO/GPA/INF/89.3).

économique difficile (par exemple, une prostituée infectée peut n'avoir pas d'autres moyens d'existence) ou par des facteurs psychologiques (par exemple, la toxicomanie). Dans ce genre de cas, il est indispensable de mobiliser les ressources sociales pour promouvoir la rééducation, par exemple, en formant les prostituées à d'autres emplois ou en mettant en place des programmes de traitement pour les toxicomanes IV. Des conseils approfondis et un soutien social pourront également être nécessaires. Il est important dans ces situations de prévenir la discrimination et la stigmatisation, car elles entravent l'application efficace des stratégies de santé publique visant à lutter contre le SIDA et peuvent même en compromettre le succès.

d) Facteurs de risque pour la transmission du VIH. La recherche a montré que d'autres maladies sexuellement transmissibles, en particulier celles qui comportent des ulcérations des voies génitales, peuvent accroître les risques de propagation et/ou d'acquisition du VIH⁴. Si d'autres MST constituent des facteurs de risque pour la transmission du VIH, il y a lieu d'intensifier la lutte contre les MST dans les zones relevant du tableau épidémiologique III.

4. Thèmes de recherche. Plusieurs thèmes de recherche ont été abordés au cours de la consultation:

a) Prostitution. Il est nécessaire de réunir des données sur la dynamique de la prostitution (dans quelle mesure elle est réglementée ou reconnue, sa durée, les facteurs déterminant la décision de se livrer à la prostitution, les pratiques sexuelles) ainsi que sur les incitations nécessaires pour amener les personnes infectées qui se livrent à la prostitution à adopter des pratiques sexuelles "plus sûres" ou à renoncer à leur activité.

b) Conseils. Les services de conseils constituent une stratégie importante de prévention de la propagation du VIH. Il conviendrait d'en évaluer l'efficacité en ce qui concerne:

- i) le changement de comportement sexuel des personnes infectées en vue de prévenir la propagation de l'infection par le VIH. Il est en effet indispensable de déterminer l'efficacité des services de conseils selon les groupes à risque et les situations épidémiologiques;
- ii) le comportement des contacts sexuels des sujets infectés et des personnes qui s'occupent de ces sujets;
- iii) l'aptitude des personnes infectées à modifier leur comportement de façon durable;
- iv) l'examen des raisons personnelles et sociales pour lesquelles les personnes concernées persistent dans leur comportement à haut risque.

c) Aspects politiques. Dans l'éventualité où les considérations politiques pourraient prévaloir sur l'appréciation de la surveillance épidémiologique de l'infection à VIH du point de vue de la santé publique, il serait des plus utile d'évaluer l'impact négatif de toute action de discrimination ou de stigmatisation sur les possibilités futures d'identifier les personnes infectées par le VIH.

⁴ Déclaration de consensus à l'issue de la consultation sur les maladies sexuellement transmissibles comme facteur de risque pour la transmission du VIH (WHO/GPA/INF/89.1).

- d) Toxicomanie IV. Même s'il faut croire que la toxicomanie IV n'est pas très importante dans la plupart des pays relevant du tableau épidémiologique III, il importerait d'en étudier l'ampleur et la nature, en particulier en rapport avec des facteurs de propagation du VIH tels que l'utilisation commune de seringues.
- e) Schémas de comportement sexuel. Les programmes de prévention et de lutte contre le VIH/SIDA nécessitent que l'on dispose d'une information sur les pratiques sexuelles des homosexuels et bisexuels masculins ainsi que des hétérosexuels des deux sexes. L'étude des conduites sexuelles et de leur principaux déterminants est indispensable à l'élaboration des programmes de prévention.
- f) Recherche sur les services de santé. Les travaux de recherche seront nécessaires pour évaluer l'impact des programmes de lutte contre le SIDA au sein des systèmes de santé et pour déterminer quelles sont les meilleures méthodes pour intégrer les activités de prévention et de lutte contre le SIDA dans les programmes existants.

IV. RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES PROGRAMMES NATIONAUX DE LUTTE CONTRE LE SIDA DANS LES ZONES RELEVANT DU TABLEAU EPIDEMIOLOGIQUE III

1. Il importe de tirer le meilleur parti des possibilités offertes par la situation épidémiologique qui règne dans les pays du tableau III pour prévenir l'infection à VIH. Les approches nationales qui sont élaborées doivent être conformes à la Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA. Elles doivent aussi être compatibles avec la Résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur la non-discrimination à l'égard des personnes infectées par le VIH et des sidéens, ainsi que des membres de groupes particuliers.
2. Il convient d'envisager la mise en oeuvre d'un système national de surveillance épidémiologique conformément aux lignes directrices de la section III B.1 ci-dessus. A cette fin, une évaluation du potentiel et des besoins des laboratoires sera également nécessaire.
3. Il convient d'envisager la mise en place d'un système permettant d'identifier de manière confidentielle les personnes infectées par le VIH afin de prévenir la propagation du virus. Les stratégies nationales doivent expressément comporter des garanties rigoureuses concernant le caractère volontaire de la participation, le consentement éclairé, les services de conseil avant et après l'épreuve sérologique, la confidentialité, l'aide au changement de comportement et la non-discrimination, ainsi qu'il est exposé à la section III B.2.
4. Un effort d'éducation doit être fait auprès des décideurs et du grand public au sujet des considérations de santé publique qui peuvent justifier le choix des méthodes épidémiologiques et de prévention du VIH qui ont été retenues.
5. Il est nécessaire de développer la recherche à l'échelon national, interpays, régional et mondial pour accroître l'efficacité des stratégies nationales de prévention et de lutte contre le VIH dans le cadre de la Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA.

ANNEXE 1

DEFINITIONS

1. Tableaux I, II et III: Les données épidémiologiques disponibles en 1988 permettent de décrire trois grands tableaux nettement distincts de l'épidémiologie mondiale du VIH/SIDA. Les modes essentiels de transmission du VIH sont les mêmes partout dans le monde: les rapports sexuels, le sang et la transmission de la mère infectée à l'enfant. Dans les zones relevant du tableau I, le VIH touche principalement les homosexuels masculins et les toxicomanes IV, encore que la transmission hétérosexuelle soit également observée. Les zones du tableau I comprennent l'Amérique du Nord, l'Europe Occidentale, l'Australie, la Nouvelle Zélande et de nombreuses zones urbaines d'Amérique Latine. Dans les zones relevant du tableau II, le VIH touche principalement les hétérosexuels des deux sexes, les transfusés qui ont reçu du sang non dépisté, des personnes exposées aux piqûres d'aiguilles ou d'autres instruments de perforation de la peau et les enfants nés de mères infectées. Le tableau II intéresse l'Afrique au sud du Sahara et, de plus en plus, l'Amérique Latine et notamment la zone des Caraïbes. Dans les zones relevant du tableau III, l'infection à VIH et le SIDA sont rares; les premiers cas concernaient généralement des personnes associées à des sujets provenant de zones relevant des tableaux I ou II, et il est également établi que la transmission peut avoir pris la voie de produits sanguins d'importation. Le VIH semble avoir gagné les zones relevant du tableau III plus tard que les autres zones, mais les données indiquent que la transmission locale du VIH y est en augmentation. Les zones relevant du tableau III comprennent l'Europe de l'Est, le Moyen-Orient, l'Afrique du Nord et la plupart des pays d'Asie et du Pacifique.
2. Test VIH: examen sérologique permettant de mettre en évidence les marqueurs de l'infection à VIH (en général des anticorps anti-VIH, mais parfois également des antigènes viraux) chez un sujet; cet examen est pratiqué soit sur recommandation d'un agent de santé soit à la demande du sujet lui-même.
3. Dépistage VIH: application systématique du test VIH à une population entière, à une population cible déterminée ou aux donneurs de sang, de produits sanguins, de cellules, de tissus ou d'organes.
4. Test VIH anonyme: épreuve sérologique pour la recherche du VIH sur des échantillons de sang ne portant aucune information sur l'identité du sujet qui permettrait au laboratoire ou à une institution officielle de relier le résultat du test au sujet. Il existe deux types de tests VIH anonymes: dans le premier, le sujet décide de se soumettre au test de façon anonyme (volontairement) et dans le second, le test est rendu anonyme par le personnel responsable de son exécution (test non corrélé).
5. Test anonyme volontaire: un test VIH effectué à la demande d'un individu peut être rendu anonyme si l'individu ne donne pas son nom ou une autre information qui révélerait son identité. Il est cependant permis de recueillir des données démographiques générales telles que l'âge, la race, le sexe, la zone de résidence (urbaine ou rurale), le niveau d'instruction, la condition socio-économique, le métier, ainsi que les comportements ou facteurs de risque d'infection par le VIH. Dans certains environnements, le sujet qui doit subir le test reçoit une carte portant un numéro ou toute autre indication codée; le même numéro suit le spécimen de sang. La personne qui a subi le test peut alors obtenir le résultat en mentionnant le numéro ou en présentant la carte. Le sujet testé étant seul à connaître le numéro ou le code, aucune autre personne ne peut avoir accès au résultat.

Annexe 1

6. Dépistage anonyme non corrélé: le sang prélevé à d'autres fins que pour la recherche sérologique du VIH peut être utilisé pour une opération de dépistage anonyme non corrélé si l'on supprime toutes les informations d'identité qui l'accompagnent, y compris le nom et l'adresse (mais non les données démographiques). Chaque spécimen de sang reçoit alors un numéro qui remplace sur les formules l'identité du sujet. De la sorte, les résultats ne peuvent pas être rattachés à une information qui permettrait d'identifier le sujet. Il est important de noter que, dans ce système, le sujet ne peut avoir connaissance du résultat du test; il se peut même qu'il ignore qu'une recherche sérologique du VIH a été effectuée.
7. Conseils: les services de conseil constituent un processus de dialogue et d'interaction mutuelle visant à permettre une discussion des problèmes, à faciliter la compréhension et à accroître la motivation. Les conseils tiennent compte des besoins psychosociaux de l'individu, tout comme de ses besoins médicaux, financiers et juridiques. Les conseils ont pour but de fournir un appui dans un moment de crise, de promouvoir un changement quand un changement est nécessaire, de proposer une action réaliste par rapport à différentes situations et d'aider les individus à recevoir une information sur la santé et le bien-être et à s'adapter à ses implications. Les conseils peuvent consister à donner des avis ou à éduquer, ou à répondre à des besoins psychosociaux individuels. Dans la pratique, ces différentes formes de conseil se chevauchent souvent.
8. Confidentialité: La protection d'une information de caractère personnel contre la divulgation à des personnes non autorisées. Toute décision concernant l'équilibre entre la nécessité de communiquer l'information et les risques que comporte pour l'individu une divulgation non autorisée doit être pesée avec une extrême prudence. Quiconque obtient une information de caractère confidentiel doit être averti de l'obligation juridique et éthique qui lui incombe d'en préserver la confidentialité.
9. Consentement éclairé: Consentement donné par un individu qui, avant un test ou une procédure, est suffisamment informé pour comprendre les risques et les avantages personnels que comporte le test ou la procédure, et est placé dans un environnement et un contexte où le choix est réellement possible et n'est influencé par aucune menace directe ou indirecte. Les méthodes et les détails peuvent varier; par exemple, lorsqu'il s'agit d'illettrés, il ne sera pas approprié de vouloir établir le consentement éclairé par écrit et une formulation orale suffira. Quels que soient les détails, il importe de respecter les principes fondamentaux du consentement éclairé. Faute d'avoir fourni des explications correctes sur le test VIH, on risque de susciter de l'anxiété, de l'incompréhension et de la confusion.
10. Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA: La Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA a été approuvée par tous les Etats membres de l'OMS. Ses objectifs sont:
 - prévenir l'infection à VIH;
 - réduire l'impact personnel et social de l'infection à VIH;
 - coordonner les efforts nationaux et internationaux de lutte contre le SIDA.

La Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA établit les principes de base de la lutte nationale et internationale contre le SIDA; elle se fonde sur la connaissance de la virologie et de l'épidémiologie du VIH et découle de l'expérience pratique acquise dans les programmes de lutte contre les maladies infectieuses. Elle fournit le cadre nécessaire à l'intérieur duquel chaque pays peut mettre au point son propre programme détaillé.

Annexe 1

11. Groupes cibles de la surveillance du VIH/SIDA: Les groupes de population contenant des individus qui adoptent des conduites à risque; par exemple la multiplication des partenaires sexuels ou le partage de l'utilisation de matériel d'injection non stérilisé, sont des groupes cibles importants du point de vue épidémiologique en ce qui concerne la surveillance du VIH. Il faut souligner que le fait d'être classé dans un groupe de population tel que les homosexuels masculins ne signifie pas nécessairement un risque accru d'infection par le VIH; c'est le comportement personnel qui consiste à multiplier les partenaires sexuels qui accroît le risque d'infection.

ILLUSTRATION DE LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE ET
DE L'IDENTIFICATION DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH ET
DE LEUR PRISE EN CHARGE DANS UN PAYS DU TABLEAU III

Cet exemple illustre les aspects examinés dans le rapport.

Groupe cible: Personnes atteintes de maladies sexuellement transmissibles
(MST)

1. Définition opérationnelle

Les personnes atteintes de MST symptomatiques peuvent se présenter dans des dispensaires publics ou des cliniques privées spécialisées dans les MST, dans les services de consultation externe des hôpitaux généraux, chez des médecins privés ou des pharmaciens, dans des laboratoires spécialisés dans les MST ou d'autres sites offrant des services de diagnostic, ou encore chez des guérisseurs traditionnels ou populaires.

2. Surveillance épidémiologique

Les personnes atteintes de MST peuvent constituer une population sentinelle utile dans la mesure où le principal mode de transmission du VIH est sexuel. Si la méthode de surveillance retenue est celle du dépistage anonyme non corrélé, les sujets doivent avoir déjà subi un prélèvement de sang à d'autres fins. Seuls certains des sites susmentionnés offriront donc la possibilité de collecter des échantillons sanguins non corrélés.

Si l'on opte en faveur du test individuel volontaire et anonyme, l'information épidémiologique présentera un biais lié à la décision du client de participer ou non, même si la confidentialité est assurée. Des conseils avant et après l'épreuve sérologique seront également nécessaires, ainsi qu'un plan clair pour la prise en charge des personnes qui, ayant été informées d'un résultat positif, viennent demander des conseils et solliciter un soutien.

3. Identification des personnes infectées par le VIH

La mise en place d'un programme d'identification des personnes infectées par le VIH exige un choix minutieux du site. Si l'on veut satisfaire aux exigences du consentement éclairé, il convient d'organiser un service de conseils avant l'épreuve sérologique. Des mesures doivent être prises pour garantir une approche non coercitive (par exemple, on ne saurait sanctionner les personnes qui ne veulent pas subir le test VIH en leur refusant un traitement anti-MST). Les modalités concernant la garantie de confidentialité des résultats du test doivent être établies d'avance; en particulier, la question de savoir qui aura accès à ces résultats et de quelle manière le sujet sera informé (personnellement), ainsi que la question du stockage des données, devront être réglées de façon explicite.

Cependant, l'élément central d'un tel programme est la prise en charge de la personne infectée par le VIH. Il convient d'examiner quels seront les services à fournir et les modalités des services de conseils, et comment orienter les partenaires sexuels vers un spécialiste et assurer le respect de la confidentialité. Si la personne infectée par le VIH subit une discrimination, un préjudice personnel ou des brimades publiques, toute la stratégie du test VIH volontaire peut s'en trouver compromise ou vouée à l'échec sur le site. Par exemple, si le dépistage chez les personnes recevant des soins dans un dispensaire public MST n'est pas effectué correctement ou si les personnes infectées par le VIH font l'objet d'une discrimination, les patients refuseront de subir le test VIH ou éviteront carrément ce dispensaire. Dans les deux cas, les possibilités de prévenir la propagation du VIH par une action de santé publique s'en trouveront nettement réduites.

Liste des participants

- Dr N. Jayakuru, Directeur, Campagne contre les maladies vénériennes, Colombo, Sri Lanka
- Dr Surin Pinichpongse, Médecin-Chef, Lutte contre les maladies transmissibles, Ministère de la Santé publique, Thaïlande
- Dr Wiwat Rojanpithayakorn, Directeur, Centre de prévention et de lutte contre le SIDA, Département de la lutte contre les maladies transmissibles, Ministère de la Santé publique, Thaïlande
- Dr T. Thirumoorthy, Middle Road Hospital, Singapour
- Dr J. Vasudevan, Joint Secretary, Ministry of Health, New Delhi, Inde
- Dr. G.K. Viswakarma, Director-General of Health Services, Ministry of Health, New Delhi, Inde
- Dr Qi Xiaqui, Chef adjoint, Département de la Prévention des Epidémies, Ministère de la Santé publique, Beijing, République populaire de Chine

Secrétariat de l'OMS

- Dr U Ko Ko, Directeur régional, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est, New Delhi
- Dr J. Mann, Directeur, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève
- Dr J. Chin, Chef, Surveillance, Prévision et Etude d'Impact, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève
- Dr A. Gromyko, RPA, Bureau régional pour l'Europe, Copenhague
- Dr (Mme) S. Jha, Conseiller a.i. pour l'éducation sanitaire, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est, New Delhi
- Dr S. Pattanayak, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est, New Delhi
- Dr N.K. Shah, Directeur, DPC, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est, New Delhi
- Dr D. Tarantola, Chef, Soutien aux Programmes nationaux, Programme mondial de Lutte contre le SIDA, OMS, Genève
- Dr T. Umenai, Directeur, DPC, Bureau régional pour le Pacifique occidental, Manille
- Dr H. Wahdan, Directeur, DPC, Bureau régional pour la Méditerranée orientale, Alexandrie

= = =