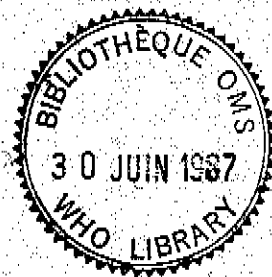


11998

PROGRAMME
SPECIAL DE LUTTE
CONTRE LE **SIDA**

RAPPORT DE
LA CONSULTATION SUR
LES VOYAGES INTERNATIONAUX
ET L'INFECTION A VIH

GENEVE
2-3 MARS 1987



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE

AVRIL 1987



RAPPORT DE LA CONSULTATION SUR LES VOYAGES INTERNATIONAUX
 ET L'INFECTION A VIH

Genève, 2-3 mars 1987

Sommaire

	<u>Pages</u>
1. INTRODUCTION	2
2. DEPISTAGE DU VIH CHEZ LES VOYAGEURS INTERNATIONAUX	2
2.1 Introduction	2
2.2 Aspects épidémiologiques	2
2.2.1 Dimensions mondiales de l'infection à VIH et du SIDA	2
2.2.2 Modes de transmission	2
2.2.3 Infection, réponse immunitaire et maladie	3
2.3 Aspects techniques	3
2.3.1 Epreuves de dépistage des anticorps anti-VIH	3
2.3.2 Sensibilité, spécificité et valeur prédictive	3
2.4 Considérations essentielles en ce qui concerne le dépistage de l'infection à VIH chez les voyageurs internationaux	4
2.4.1 Efficacité du point de vue de la santé publique	4
2.4.2 Mise au point d'un programme de dépistage	5
2.4.3 Prise en charge des sujets séropositifs	6
2.4.4 Considérations juridiques et éthiques	6
2.4.5 Coûts	6
2.4.6 Acceptabilité sociale et politique	6
2.5 Conséquences néfastes du dépistage pour les programmes nationaux de lutte contre le SIDA	7
2.6 Autres mesures	7
2.7 Conclusion	7
3. UTILISATION DES MOYENS DE TRANSPORT PUBLICS PAR DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH	7
4. RECOMMANDATIONS A L'INTENTION DES VOYAGEURS INTERNATIONAUX CONCERNANT LA PREVENTION DE L'INFECTION A VIH	8
ANNEXE 1. LISTE DES PARTICIPANTS	9

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.

Les voyages internationaux et l'infection à VIH

1. INTRODUCTION

L'extension de l'épidémie de SIDA dans le monde soulève plusieurs problèmes en ce qui concerne les voyages internationaux et l'infection à VIH. Premièrement, certains pays envisagent de soumettre les voyageurs internationaux* à un test de dépistage du virus de l'immuno-déficience humaine (VIH). Ils sont apparemment motivés par le désir de prévenir l'apparition du VIH sur leur territoire ou d'en retarder la propagation. Le deuxième problème qui se pose est celui de l'utilisation des transports publics par les personnes infectées par le VIH. Enfin, il est évident qu'il faut dispenser une information sur la prévention de l'infection à VIH aux voyageurs internationaux. Le programme spécial de lutte contre le SIDA de l'Organisation mondiale de la Santé a donc organisé une consultation chargée d'examiner ces trois questions.

Le Dr J. Cohen, Conseiller du Directeur général de l'OMS en matière de politique sanitaire, a souhaité la bienvenue aux participants et souligné l'actualité et la pertinence du sujet de la consultation.

Le Dr A. Adams (Australie) a présidé la réunion et le Professeur R. Feachem (Royaume-Uni) et le Dr J. Osborn (Etats-Unis d'Amérique) ont fait fonction de rapporteurs.

2. DEPISTAGE DU VIH CHEZ LES VOYAGEURS INTERNATIONAUX

2.1 Introduction

Les participants ont observé que le Règlement sanitaire international, sous sa forme actuelle, restreint les mesures de santé applicables par les autorités nationales aux voyageurs internationaux. Aucune mesure ni aucun document sanitaire autres que ceux qui sont prévus dans le Règlement ne peuvent être imposés aux voyageurs à leur entrée dans un pays ou exigés d'eux. Certaines autorités nationales envisagent néanmoins de mettre en oeuvre des mesures supplémentaires visant à réglementer l'entrée sur leur territoire des personnes séropositives.

2.2 Aspects épidémiologiques

2.2.1 Dimensions mondiales de l'infection à VIH et du SIDA

Aucune région du monde n'est épargnée par l'infection à VIH ni par le SIDA. A la date de la consultation, 91 pays de toutes les Régions OMS avaient notifié des cas de SIDA. Dans certains de ces pays, le nombre réel de cas est vraisemblablement bien supérieur au nombre de cas signalés; pour l'ensemble des pays, le nombre de personnes infectées par le VIH est certainement supérieur de beaucoup (de 25 à 100 fois) au nombre de cas de SIDA. D'après les estimations actuelles, il y aurait eu plus de 100 000 cas de SIDA depuis le début de l'épidémie et de 5 à 10 millions de personnes seraient aujourd'hui infectées par le VIH dans le monde. Si la majorité des cas et des infections sont concentrés dans certaines régions (notamment l'Amérique du Nord, l'Europe occidentale et certaines parties de l'Afrique), le VIH continue d'être identifié dans les autres régions du monde et il est probable que tous les pays sont d'ores et déjà ou seront prochainement touchés par la pandémie de SIDA.

2.2.2 Modes de transmission

Trois principaux modes de transmission du VIH ont été mis en évidence de façon répétée par les études épidémiologiques effectuées en Europe, aux Amériques, en Afrique et en Australie, à savoir :

* On entend par "voyageurs internationaux" toutes les personnes franchissant des frontières internationales.

- la transmission lors de rapports sexuels (hétérosexuels ou homosexuels);
- la transmission par le sang ou les produits sanguins (transfusions sanguines ou utilisation de seringues et d'aiguilles non stérilisées, par exemple);
- la transmission de la mère à l'enfant avant, pendant ou peu après l'accouchement.

Il n'y a pas lieu de penser que le VIH soit transmis par contact personnel étroit autre que sexuel, par les aliments, l'eau, l'air ou par des insectes vecteurs. Il est donc important, pour l'élaboration de politiques de santé publique, de tenir compte des modes de transmission. Nous retiendrons plus particulièrement pour la question qui nous intéresse que le VIH n'est pas transmis par simple contact avec une personne infectée.

2.2.3 Infection, réponse immunitaire et maladie

Avant d'élaborer un programme de dépistage, il importe de bien connaître l'histoire naturelle de l'infection à VIH. Les personnes atteintes du SIDA, dernier stade de l'infection à VIH, ne sont peut-être pas aussi infectieuses que des personnes chez qui l'infection n'a pas atteint un stade aussi avancé. D'autre part, la plupart des symptômes cliniques du para-SIDA et du SIDA sont relativement atypiques. Il serait donc absurde, en termes de santé publique, de procéder à un dépistage chez les voyageurs internationaux en adoptant comme critères d'exclusion les signes cliniques du SIDA.

D'autre part, les anticorps anti-VIH ne font généralement pas leur apparition avant six semaines à compter de la date d'infection; au cours des six semaines suivantes, la grande majorité des sujets présente des titres d'anticorps faciles à mettre en évidence. Il est rare qu'un sujet demeure séronégatif tout en étant porteur du virus au-delà de trois mois. Il existe donc une brève période de latence pendant laquelle les épreuves de dépistage des anticorps ne permettront pas d'identifier les personnes récemment infectées alors que celles-ci sont tout à fait capables de transmettre le virus. Aucune épreuve de dépistage des anticorps n'est capable de détecter ces porteurs durant cette période. Le perfectionnement des méthodes d'épreuve permettra peut-être d'en réduire la durée mais ne permettra pas de supprimer ce phénomène.

2.3 Aspects techniques

2.3.1 Epreuves de dépistage des anticorps anti-VIH

Après l'isolement et l'identification du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les épreuves sérologiques destinées à déceler les anticorps dirigés contre ce virus ont été rapidement mises au point et leur emploi s'est généralisé dès 1985. Contrairement à ce qui se passe dans d'autres infections virales, les anticorps anti-VIH ne confèrent, dans la plupart des cas, aucune immunité. La plupart des sujets présentant des anticorps anti-VIH sont simultanément et activement infectés par le VIH et doivent être considérés comme potentiellement infectieux.

Les anticorps anti-VIH peuvent être décelés par plusieurs techniques : titrage immuno-enzymatique (ELISA), immunofluorescence (IF) et méthode du Western blot (WB). Ces techniques, si elles sont appliquées par des techniciens expérimentés, permettent de détecter avec précision les anticorps dirigés contre le virus entier ou certains de ses constituants.

Les épreuves ELISA actuellement disponibles sont extrêmement précises (c'est-à-dire que leur sensibilité et leur spécificité dans les conditions de laboratoire optimales sont d'au moins 99 %). Les banques de sang de la plupart des pays industrialisés utilisent les épreuves ELISA pour la recherche des anticorps dans les dons de sang. Afin de réduire à un minimum le nombre de faux positifs (toujours possibles avec l'épreuve ELISA), des tests supplémentaires (ou complémentaires) utilisant soit l'immunofluorescence soit le Western blot sont généralement effectués sur les échantillons positifs à l'épreuve ELISA. Ces tests supplémentaires sont plus coûteux et techniquement plus complexes que les épreuves ELISA de routine.

2.3.2 Sensibilité, spécificité et valeur prédictive

L'idéal, c'est-à-dire une sensibilité (identification correcte de tous les vrais positifs) et une spécificité (identification correcte de tous les vrais négatifs) de 100 %, n'est jamais

atteint dans les titrages sérologiques. Les répercussions d'une marge d'erreur dans le dépistage des anticorps anti-VIH devront être soigneusement prises en considération par les pays qui envisagent de mettre en place un programme de dépistage pour les voyageurs internationaux.

Un manque de sensibilité signifiera que certains individus séropositifs ne seront pas détectés. Ce nombre viendra s'ajouter à ceux qui n'ont pas été décelés en raison de la cinétique de la réponse immunitaire à l'exposition au VIH (voir 2.2.3). Un manque de spécificité signifiera qu'un certain nombre d'individus séronégatifs seront, à tort, classés séropositifs.

Dans les populations où la prévalence de l'infection est faible, la valeur prédictive d'un test positif (c'est-à-dire la mesure dans laquelle un test positif représente un sujet véritablement séropositif) est trop faible pour être acceptable. Prenons par exemple une cohorte d'un million de voyageurs, sur lesquels 1 % (10 000) sont véritablement positifs et 99 % (990 000) sont négatifs. Si la sensibilité (précision dans l'identification des vrais positifs) de l'épreuve de dépistage sérologique est de 99 %, celle-ci détectera 9900 vrais positifs sur 10 000 mais ne détectera pas les 100 restants (faux négatifs). Si la spécificité (précision dans l'identification des vrais négatifs) de l'épreuve est de 99 %, sur un total de 990 000 vrais négatifs, l'épreuve n'en détectera que 980 100 et l'on obtiendra 9900 faux positifs. Ainsi sur un total de 19 800 "positifs" identifiés dans ce groupe de population, la moitié seulement seront réellement séropositifs. La valeur prédictive de l'épreuve de dépistage dans ce cas sera de 50 %. En outre, 100 sujets véritablement positifs (c'est-à-dire infectés par le VIH) seront, à tort, classés comme séronégatifs. Ainsi, quelles que soient sa sensibilité et sa spécificité, un test de diagnostic peut entraîner un énorme gaspillage de ressources pour la prise en charge des faux positifs alors qu'un certain nombre de sujets véritablement positifs passeront inaperçus. Dans la pratique, il se peut que la sensibilité et la spécificité soient inférieures à 99 %, surtout dans les laboratoires surchargés qui ne disposent pas de ressources suffisantes en matériel, en personnel qualifié, en cadres et en moyens de contrôle de la qualité.

2.4 Considérations essentielles en ce qui concerne le dépistage de l'infection à VIH chez les voyageurs internationaux

2.4.1 Efficacité du point de vue de la santé publique

Un pays qui impose un test de dépistage de l'infection à VIH aux voyageurs à leur arrivée sur son territoire vise essentiellement, du point de vue de la santé publique, à limiter l'introduction du VIH dans le pays et sa propagation à l'intérieur du pays. Quelles chances a-t-il d'atteindre son objectif ?

Prenons par exemple un pays qui serait épargné par l'infection à VIH, à supposer qu'il en existe encore à l'heure actuelle (mi-1987). Même dans ces conditions, le dépistage imposé aux voyageurs internationaux ne pourrait éviter l'introduction du VIH car les ressortissants nationaux qui rentreront dans le pays devront vraisemblablement y être admis et, pour les raisons techniques et pratiques que nous avons exposées aux sections 2.2.3, 2.3.2 et 2.4.2, un certain nombre d'individus séropositifs passeront inaperçus. Pour ces mêmes raisons, il est extrêmement peu probable qu'un programme de dépistage puisse retarder très longtemps l'introduction du VIH dans le pays.

Nous envisagerons donc la situation plus vraisemblable d'un pays qui compte des sujets séropositifs et des cas de SIDA dans sa population et qui souhaiterait limiter la propagation du VIH à l'intérieur de ses frontières. Le taux de propagation de l'infection à VIH dépend du nombre de personnes infectées que compte le pays, et plus particulièrement du nombre de personnes infectées dont le comportement (sexuel notamment) expose d'autres individus. Le cas extrême serait, par exemple, celui d'un pays relativement petit, dont on sait qu'il ne compte qu'un très petit nombre de sujets infectés par le VIH, et qui recevrait un grand nombre de visiteurs internationaux venant de régions où la séroprévalence de l'infection est élevée. Le dépistage de l'infection chez les voyageurs internationaux permettrait de réduire le nombre de sujets infectés pénétrant dans le pays, mais pas de le ramener à zéro. De plus, le retour dans le pays de nationaux infectés après un voyage à l'étranger et le phénomène de latence rendront inéluctable l'introduction répétée du VIH dans le pays. En dernière analyse, la prévention de la transmission du VIH dépendra du comportement (sexuel notamment) des visiteurs comme des ressortissants du pays (dans leur propre pays et à l'étranger) et il vaudrait mieux employer les ressources à modifier ces comportements.

2.4.2 Mise au point d'un programme de dépistage

L'efficacité, le coût et la faisabilité d'un programme de dépistage dépendront de plusieurs facteurs clés.

i) Qui soumettre au test de dépistage ? Un pays peut décider de soumettre tous les voyageurs entrant sur son territoire à un test de dépistage. C'est la solution la plus coûteuse et la moins efficace. En effet, parmi ceux-ci, beaucoup appartiendront à des groupes à faible risque (enfants ou personnes âgées, par exemple) et il s'avérera inutile ou inacceptable de soumettre à des tests certaines catégories de voyageurs (membres d'ordres religieux, pèlerins, délégations politiques, personnel des organisations internationales, etc.). D'autres pourront choisir de soumettre à des tests les membres de certains groupes d'âge venant de pays où l'on estime que la prévalence de l'infection à VIH est élevée. Il sera cependant très difficile de savoir exactement quels sont ces pays car ces derniers ne disposent pas toujours de données fiables et ne notifient pas toujours scrupuleusement les cas de SIDA ou les résultats des dépistages sérologiques. Ils le feront d'autant moins volontiers si la notification des cas de SIDA est susceptible d'amener d'autres pays à imposer des tests de dépistage à leurs ressortissants; on a pu observer une pareille réticence ces dernières années en ce qui concerne le choléra. Par ailleurs, un dépistage sélectif en fonction du pays d'origine risque d'entraîner des mesures de rétorsion de la part de certains pays ou régions.

Quelle que soit l'approche choisie, il est indispensable de soumettre au test non seulement les voyageurs internationaux entrant dans les pays mais aussi les ressortissants nationaux de retour dans leur pays. Le fait d'exclure les ressortissants nationaux du programme de dépistage ôtera fatalement à celui-ci sa justification du point de vue de la santé publique et le fera apparaître comme une mesure particulièrement discriminatoire ou xénophobe.

ii) Où effectuer le dépistage ? Le dépistage du VIH peut être effectué dans le pays d'origine du voyageur ou bien au point d'entrée. Dans le premier cas, le pays concerné exigera des voyageurs pénétrant sur son territoire un certificat de non-contamination. Le voyageur devra donc prendre ses dispositions pour se soumettre au test de dépistage et obtenir le certificat, ces formalités étant à ses frais. L'inconvénient de cette méthode est qu'elle favorisera certainement l'éclosion d'un marché de faux certificats, dont les clients risquent d'être justement les personnes ayant des raisons de penser qu'elles peuvent être séropositives et qui donc présentent un taux de prévalence de l'infection à VIH supérieur à la moyenne. On pourra exiger que les certificats de non-contamination soient homologués par les autorités sanitaires du pays d'origine du voyageur, mais il est probable que les pays qui sont opposés au dépistage refuseront de prêter leur concours, ce qui compliquera encore les choses.

Dans le second cas, c'est-à-dire le dépistage au point d'entrée, le prix de revient et la difficulté logistique de la procédure seront considérables. Aux points de franchissement des frontières terrestres, maritimes ou aériennes très encombrés, on ne pourra procéder qu'à un très petit nombre de dépistages sous peine de paralyser complètement le trafic. De plus, à l'heure actuelle, les tests exigent au minimum deux heures; les nouvelles épreuves risquent de perdre en sensibilité et en spécificité ce qu'elles gagneront en rapidité.

iii) A quel moment effectuer les tests ? Le choix de la date à laquelle sera effectué le test compte tenu de la date de voyage est important si l'on veut être sûr de déceler tous les sujets séropositifs. Si le test de dépistage est effectué avant la date de voyage, quel délai pourra-t-on autoriser ? Plus le délai sera long, plus les risques d'infection entre le test et la date du voyage seront grands. Si le délai est trop court (un mois, par exemple), une personne qui voyage beaucoup devra se soumettre à plusieurs tests dans l'année.

Quel que soit le moment où le test est effectué (un mois avant le départ, la veille ou à l'arrivée), il est toujours possible que le sujet ait été exposé récemment à l'infection et que la réponse immunitaire ne soit pas encore apparente (phénomène de latence). Il faudra alors renouveler le test 3 à 12 semaines après pour les visiteurs effectuant un long ou un moyen séjour.

2.4.3 Prise en charge des sujets séropositifs

La gestion des données relatives au dépistage du VIH chez les voyageurs internationaux est compliquée, pour plusieurs raisons. Premièrement, le volume des voyages internationaux supposera des activités de dépistage considérables, avec le potentiel d'erreurs intrinsèques et d'erreurs dans le traitement des données que cela comporte. Deuxièmement, le fait d'apprendre à un individu qu'il est séropositif est considéré comme très traumatisant pour celui-ci et il a, à maintes reprises, été vivement recommandé de ne livrer cette information qu'à des personnes préalablement préparées et qui seront ensuite suivies, ce qui exige un personnel qualifié et des structures de conseil. Troisièmement, le respect de la confidentialité de ce type d'information est un droit essentiel de l'individu. Dans certains pays, l'exigence de confidentialité est inscrite dans la loi. Il convient également de noter que ces considérations s'attachent à tous les voyageurs internationaux, qu'il s'agisse de ressortissants d'un pays donné ou de citoyens d'autres nationalités; l'application de ces considérations à des situations réelles s'avérera sans doute extrêmement compliquée et donnera lieu à des erreurs de toutes sortes (y compris le refoulement de personnes non infectées et l'octroi de certificats de non-contamination à des personnes infectées par le VIH).

2.4.4 Considérations juridiques et éthiques

Les problèmes juridiques que pose un programme de dépistage varient selon les pays. Dans de nombreux pays, la mise en oeuvre de politiques de dépistage et l'interdiction du territoire aux personnes séropositives exigeraient l'adoption de lois ou de réglementations spéciales.

Les considérations éthiques soulevées par un programme de dépistage sont, elles aussi, nombreuses : confidentialité et droit à des services de conseil et de soins humains (tenant compte de la détresse psychologique).

2.4.5 Coûts

Les coûts directs et indirects d'un programme de dépistage du VIH chez les voyageurs internationaux sont considérables. Les coûts directs du programme de dépistage couvrent les épreuves elles-mêmes (y compris les examens complémentaires et de confirmation), le personnel et les ressources nécessaires pour mettre en place, gérer et surveiller les activités de dépistage et l'infrastructure nécessaire au contrôle et à la prise en charge des voyageurs se présentant à tous les points d'entrée (par les moyens de transports aériens, maritimes et toutes les formes de transports terrestres). Ces coûts directs pourraient se monter à US \$10 à 20 par voyageur soumis au dépistage. Compte tenu du nombre de personnes qui franchissent les frontières internationales (plus de 180 millions, par avion seulement, en 1984), les dépenses totales qu'entraînerait le dépistage aux frontières seraient faramineuses et en grande partie inutiles. Si le dépistage se fait aux frais du voyageur, le test sera trop cher pour beaucoup de voyageurs empruntant les moyens de transports terrestres. Si le coût est à la charge du gouvernement qui exige le test, il risque de peser de façon inacceptable sur les finances publiques. Dans les pays pauvres qui reçoivent un grand nombre de visiteurs (pays en développement où l'industrie du tourisme est importante, par exemple), le coût du dépistage du VIH pourrait représenter une part importante du budget total du secteur de la santé et donc modifier substantiellement les priorités nationales en matière de santé.

Selon toute probabilité, une politique de dépistage du VIH imposant des restrictions aux voyageurs internationaux aurait des répercussions négatives sur le tourisme et le commerce international. Ces pertes, qui risquent d'être considérables, seront difficiles à évaluer avant la mise en oeuvre d'un programme de dépistage. Dans les coûts indirects, il faudra sans doute faire figurer la réduction des échanges internationaux, avec ses conséquences sociales, culturelles, économiques et politiques et l'apparition d'un "marché noir" de faux certificats de non-contamination.

2.4.6 Acceptabilité sociale et politique

Les conséquences sociales et politiques de l'imposition de tests de dépistage du VIH aux voyageurs internationaux seront sans doute une détérioration sensible des relations bilatérales

ou régionales et une stigmatisation accrue de certains groupes ou nationalités. Ces effets risquent d'être aggravés si le programme de dépistage est appliqué en fonction de critères géographiques ou géopolitiques.

2.5 Conséquences néfastes du dépistage pour les programmes nationaux de lutte contre le SIDA

Il est important de souligner que la mise en oeuvre d'un programme de dépistage du VIH chez les voyageurs internationaux risque d'avoir plusieurs inconvénients. Le plus évident est le gaspillage de ressources qui pourraient être employées plus efficacement à éduquer la population sur le VIH ou à détecter le virus dans les dons de sang destiné aux transfusions. Une autre conséquence fâcheuse beaucoup moins évidente serait de susciter à tort un sentiment de sécurité à l'égard des voyageurs séronégatifs, ce qui risquerait d'entraîner un certain laxisme des comportements, propre à favoriser la propagation du virus et, en fin de compte, une augmentation du risque global de transmission du VIH aux ressortissants du pays par les voyageurs internationaux. Enfin, il est tout à fait possible que l'application sélective de tests de dépistage aux voyageurs internationaux sur une base géographique dissuade les pays de notifier les cas de SIDA, ce qui ne ferait que compliquer les activités de surveillance indispensables à la surveillance continue de l'épidémie mondiale.

2.6 Autres mesures

Les stratégies de lutte contre le SIDA applicables aux voyageurs sont les mêmes que celles qui visent l'ensemble de la communauté. Une information claire et culturellement acceptable doit être fournie en ce qui concerne la nature de l'infection à VIH, les modes de transmission et les mesures que chacun peut prendre pour protéger sa santé. Les voyageurs qui franchissent les frontières internationales doivent recevoir une information appropriée, sous forme écrite ou illustrée. On pourrait également envisager de leur demander de s'engager volontairement à adopter un comportement responsable à l'égard du SIDA pendant leur séjour dans le pays hôte. Un tel engagement n'aurait aucune valeur juridique mais pourrait accroître la sensibilisation et promouvoir l'adoption de comportements propres à réduire les risques.

2.7 Conclusion

La consultation recommande vivement aux pays qui envisagent de mettre en place un programme de dépistage concernant les voyageurs internationaux de tenir dûment compte de toutes les considérations susmentionnées. L'affectation de ressources au dépistage du VIH chez les voyageurs internationaux au détriment des programmes d'éducation et de protection des approvisionnements sanguins et d'autres mesures destinées à éviter la transmission parentérale et périnatale, sera difficile à justifier compte tenu des facteurs épidémiologiques, juridiques, économiques, politiques, culturels et éthiques qui militent contre l'adoption d'une telle politique. Aucun programme de dépistage pour les voyageurs internationaux ne saurait éviter l'introduction et la propagation de l'infection à VIH. Aussi les participants ont-ils conclu que des programmes de dépistage du VIH chez les voyageurs internationaux ne feraient au mieux, et à grand frais, que retarder légèrement la propagation du VIH aussi bien à l'échelle mondiale que dans un pays particulier.

3. UTILISATION DES MOYENS DE TRANSPORT PUBLICS PAR DES PERSONNES INFECTÉES PAR LE VIH

L'utilisation d'un moyen de transport public (train, autobus, avion ou navire) par des personnes infectées par le VIH ne comporte aucun risque d'infection pour les autres usagers. Cela est vrai aussi bien pour les personnes infectées par le virus du SIDA mais asymptomatiques ("porteurs sains") que pour les personnes qui présentent des signes cliniques d'infection à VIH, et notamment de SIDA. Il n'y a donc aucune raison de restreindre l'utilisation des moyens de transport publics par les personnes infectées par le VIH.

4. RECOMMANDATIONS A L'INTENTION DES VOYAGEURS INTERNATIONAUX CONCERNANT LA PREVENTION DE L'INFECTION A VIH

Il est établi que les modes de transmission du VIH sont les mêmes partout dans le monde. Par conséquent, les comportements qui exposent les individus à l'infection sont les mêmes partout. Les mesures de prévention sont donc identiques, qu'il s'agisse de voyageurs ou de personnes résidant dans un pays donné.

Il faudrait distribuer aux voyageurs internationaux du matériel éducatif afin de les sensibiliser aux modes de transmission du VIH et aux moyens de prévention. Ce matériel éducatif pourrait être distribué par l'intermédiaire des agences de voyages, des transporteurs, des offices du tourisme, des centres de vaccination, des généralistes (du secteur public ou privé) ou des médecins d'entreprise. Il indiquerait des mesures de prévention précises dans un langage clair et facile à comprendre. La rédaction de ce matériel exigera beaucoup de tact car, le VIH se transmettant essentiellement par voie sexuelle, il faudra veiller à ne heurter aucune sensibilité sociale ou culturelle. Il n'en demeure pas moins indispensable d'aborder ces questions ouvertement si l'on veut protéger les voyageurs internationaux.

LISTE DES PARTICIPANTS

- Dr A. Adams, Chief Health Officer, Department of Health of New South Wales, McKell Building, Rawson Place, Sydney, NSW 2000, Australie
- Professeur R. Black, School of Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland 21218, Etats-Unis d'Amérique
- Dr J. Chin, Chief, Infectious Disease Branch, State Department of Health Services, 2151 Berkeley Way, Berkeley, California 94704, Etats-Unis d'Amérique
- Dr A. U. Dahoma, Médecin principal, Epidémiologie, Ministère de la Santé, B.P. 9083, Dar es-Salaam, République-Unie de Tanzanie
- Professeur J. Dormont, Professeur de Médecine, Université Paris-Sud, Faculté de Médecine, 63, rue Gabriel Péri, 94276 Le Kremlin-Bicêtre, France
- Professeur R. Feachem, Professor of Tropical Environmental Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, Londres WC1E 7 HT, Royaume-Uni
- Professeur Y. Hinuma, Institut de Recherche virale, Université de Kyoto, Sakyo-ku, Kyoto 606, Japon
- Dr M. A. Koch, Chef du Département de Virologie, Bundesgesundheitsamt, Robert-Koch-Institut, Nordufer 20, D 1000 Berlin 65, République fédérale d'Allemagne
- Dr J. Osborn, Dean, School of Public Health, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan 48104, Etats-Unis d'Amérique
- Professeur G. Papaevangelou, Professeur d'Epidémiologie, Centre national de Référence pour le SIDA, Ecole d'Hygiène d'Athènes, B.P. 14085, Athènes, Grèce
- Professeur Alain Pompidou, Ministère des Affaires sociales et de l'Emploi, 8, avenue de Ségur, 75700 Paris, France
- Dr J. Sepulveda, Epidémiologiste principal, c/o Oficina Sanitaria Panamericana, Apartado Postal 105-34, Mexico 5, D.F. Mexique
- Dr P. G. Waiyaki, Director, Centre for Microbiology Research, Kenya Medical Research Institute, P.O. Box 54840, Nairobi, Kenya

Représentants d'autres organisations

- Commission des Communautés européennes, Direction Santé et Sécurité, Jean Monet Building, 2920 Luxembourg (Dr E. Bennett)
- Commonwealth Secretariat, Londres, Royaume-Uni (Professeur Thairu)
- Association du Transport aérien international, 26, ch. de Joinville, 1216 Cointrin (Dr T. Kumlin)
- Organisation mondiale du Tourisme, Capitan Haya 42, 28020 Madrid, Espagne (M. H. Handszuh)

Secrétariat

Dr M. Carballo, SPA
Mme C. Dasen, IEH/PSS
Dr J. Demé, PGS/JMS
Dr H. Hellberg, IEH
M. S. Fluss, HBI/HLE
Mme D. A. Fresle, SPA
M. G. Levi, IEH/MED
Dr J. Mann, SPA
M. W. Parra, CDS/EAM
Dr L. Philip, IEH/HED
M. K. Uemura, HST
Dr D. A. Vazquez-R. Olazabal, DTR/LAB
Dr A. Vessereau, HST/GES
Dr C.-H. Vignes, LEG

= = *