



Table des matières

	<u>Pages</u>
Liste des participants	2
I. Introduction	5
II. Aspects cliniques	5
III. Rôle du laboratoire	8
IV. Aspects épidémiologiques	9
V. Prévention	10
VI. Recommandations	13
Tableau: Diagnostic clinique du SIDA	16

The issue of this document does not constitute formal publication. It should not be reviewed, abstracted or quoted without the agreement of the World Health Organization. Authors alone are responsible for views expressed in signed articles.

Ce document ne constitue pas une publication. Il ne doit faire l'objet d'aucun compte rendu ou résumé ni d'aucune citation sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Les opinions exprimées dans les articles signés n'engagent que leurs auteurs.

Liste des participants

Membres

- Dr J. Abandsa, Directeur, Service des Grandes Endémies, Libreville, République Gabonaise
- Dr Azika-Eros, Hôpital Général de Brazzaville, Brazzaville, République Populaire du Congo
- Dr F. Barré-Sinoussi, Institut Pasteur, Paris, France (Rapporteur)
- Dr F. Bizimana, Directeur, Service National d'Epidémiologie, Bujumbura, Burundi
- Dr A. Bjorkman, National Bacteriological Laboratory, Solna (Stockholm), Suède
- Dr J.B. Brunet, Institut de Médecine et d'Epidémiologie Tropicales, Hôpital Claude Bernard
Paris, France
- Dr F. Brun-Vezinet, Service de Virologie, Laboratoire Central de l'Hôpital Claude Bernard
Paris, France
- Dr G. Bugingo, Chef de Service de Dermato-Vénérologie, Centre Hospitalier Universitaire
Butare, Rwanda
- Dr R. Colebunders, Projet SIDA Zaïre, Kinshasa, Zaïre
- Dr A.V. Dahoma, Head, Department of Disease Control, Ministry of Health, Dar es-Salaam
Tanzanie
- M. V. Ditsambou, Directeur, Laboratoire National, Libreville, République Gabonaise
- Professeur J.L. Durosoir, Délégué Général aux Instituts Pasteur d'Outre-Mer et à la
Coopération Scientifique, Institut Pasteur, Paris, France
- Dr M. Essex, Cancer Biology, Harvard School of Medicine, Boston, Massachusetts
Etats-Unis d'Amérique
- Dr D.N. Forthal, Special Pathogens Branch, Division of Viral Diseases, Center for
Infectious Diseases, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia
Etats-Unis d'Amérique
- Dr H. Francis, Projet SIDA Zaïre, Kinshasa, Zaïre
- Dr A.J. Georges, Directeur, Institut Pasteur, Bangui, République Centrafricaine
- Dr M.C. Georges-Courbot, Chef de Laboratoire, Institut Pasteur, Bangui
République Centrafricaine
- Dr L. Gondao, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Bangui
République Centrafricaine
- Dr J.P. Gonzalez, Institut Pasteur, Bangui, République Centrafricaine
- Dr B. Ivanoff, Directeur Général, Centre International de Recherches Médicales de
Franceville, Franceville, République Gabonaise

Dr R.L. Josse, Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies
en Afrique Centrale, Yaoundé, Cameroun

Professeur L.O. Kallings, Directeur, National Bacteriological Laboratory
Solna (Stockholm), Suède

Dr B.M. Kapita, Médecine Interne, Hôpital Mama Yemo, Kinshasa, Zaïre

Dr L. Kaplan, Oncology Service, San Francisco General Hospital, San Francisco,
California, Etats-Unis d'Amérique

Dr Kayembe, Faculté de Médecine, Kinshasa, Zaïre

Dr D. Klatzmann, Service de Néphrologie, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière
Paris, France

Dr J.L. Lesbordes, Chef du Service de Médecine, Centre Hospitalier National, Bangui
République Centrafricaine

Dr J. Limbassa, Ministère de la Santé et des Affaires Sociales, Bangui
République Centrafricaine

Professeur Lurhuma, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa, Kinshasa, Zaïre

Dr N.N. Mamadou, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Bangui
République Centrafricaine

Dr J. Mann, Projet SIDA Zaïre, Kinshasa, Zaïre

Dr J.B. McCormick, Chief, Special Pathogens Branch, Division of Viral Diseases
Center for Infectious Diseases, Centers for Disease Control, Atlanta, Georgia,
Etats-Unis d'Amérique (Rapporteur)

Professeur A.Z. Meheus, Epidémiologie et Médecine Sociale, Université d'Anvers
Wilrijk, Belgique

Dr M. Merlin, Organisation de Coordination pour la Lutte contre les Endémies
en Afrique Centrale, Yaoundé, Cameroun

Dr D.Y. Meunier, Chef de Laboratoire, Institut Pasteur, Bangui
République Centrafricaine

Professeur F.S. Mhalu, Head, Department of Microbiology and Immunology
Muhimbili Medical Centre, Dar es-Salaam, Tanzanie

M. J.-P. Mouafo, Technicien de Laboratoire, Yaoundé, Cameroun

Dr R.D. Mugerwa, Department of Medicine, Makerere University, Kampala, Ouganda

Dr H. Munyanduga, Honoré Consultant CPLR, Bujumbura, Burundi

Professeur Muyembe, Doyen, Faculté de Médecine, Université de Kinshasa
Kinshasa, Zaïre (Vice-Président)

M. S. Ndesso, Epidémiologiste, Ministère de la Santé publique, Yaoundé, Cameroun

Dr B. N'Galy, Projet SIDA Zaïre, Kinshasa, Zaïre

Dr J. Nkurunziza, Projet de Transfusion Sanguine, Kigali, Rwanda

Dr N. Nzilambi, Projet SIDA Zaïre, Kinshasa, Zaïre

Dr P. Piot, Institut de Médecine Tropicale, "Prince Léopold", Anvers, Belgique

Dr J.-L. Romet-Lemonne, Centre Hospitalier Régional de Tours, Tours, France

Dr J.P. Saintouil, Institut Pasteur, Paris, France

Professeur M.R. Siopathis, Doyen de la Faculté des Sciences de la Santé
Bangui, République Centrafricaine (Président)

Mme J. Vohito, Directrice, Laboratoire National de Santé Publique, Bangui
République Centrafricaine

Professeur M.D. Vohito, Médecin Chef du Service Hépatogastro-entérologie
Centre National Hospitalier Urbain, Bangui, République Centrafricaine

Professeur O. Wobin, Médecin, Directeur Adjoint, Hôpital des Cliniques Universitaires
Kinshasa, Zaïre (Rapporteur)

Professeur F. Yala, Institut Supérieur des Sciences de la Santé, Hôpital Général,
Brazzaville, République Populaire du Congo

Mme M.L. Yete, Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, Bangui
République Centrafricaine

Secrétariat

Dr G.M. Antal, Directeur de Programme, Programme des Maladies sexuellement
transmissibles, Division des Maladies transmissibles, OMS, Genève, Suisse

Dr F. Aseaad, Directeur, Division des Maladies transmissibles, OMS,
Genève, Suisse (Secrétaire)

Mme C. Dasen, Attaché de Presse OMS, Service d'Appui aux Programmes, Division
de l'Information du Public et Education pour la Santé, OMS, Genève, Suisse

M. V. Oviatt, Chef du Programme spécial OMS de Mesures de Sécurité en
Microbiologie, Division des Maladies transmissibles, OMS, Genève, Suisse

Professeur G. Pinerd, Coordonnateur national des Programmes OMS,
Bangui, République Centrafricaine

M. Selleme Bolangha, Bureau du Coordonnateur des Programmes OMS,
Bangui, République Centrafricaine

I. INTRODUCTION

Un atelier sur le syndrome d'immunodéficit acquis (SIDA) a eu lieu à Bangui, République Centrafricaine, du 22 au 25 octobre 1985. Les représentants de neuf pays d'Afrique Centrale (Burundi, Cameroun, Congo, Gabon, Ouganda, République Centrafricaine, Rwanda, Tanzanie, Zaïre) ont participé à cet atelier. Le Dr Fakhry Assaad, Directeur de la Division des Maladies transmissibles, a accueilli les participants au nom du Directeur Général de l'OMS et du Directeur Régional du Bureau de l'OMS pour l'Afrique. Son Excellence, le Ministre de la Santé et des Affaires Sociales de la République Centrafricaine a accueilli les participants de la part du Président A. Kolingba.

Les deux représentants officiels ont rappelé que le SIDA est apparu récemment dans cette région d'Afrique et augmente rapidement dans certains pays d'Afrique Centrale.

Pour faire face à cette situation et rassembler l'expérience acquise dans les pays affectés, cette première réunion des pays d'Afrique sur le SIDA avait pour but:

1. de faire le point de la situation dans les pays participants;
2. d'identifier les particularités cliniques, épidémiologiques et biologiques du SIDA en Afrique;
3. de formuler des recommandations pour la surveillance, la prévention et le contrôle du SIDA en Afrique.

II. ASPECTS CLINIQUES

En Afrique où manquent souvent les moyens d'investigation adéquats, il est très important de bien définir cliniquement le SIDA afin de permettre aux praticiens de diagnostiquer la maladie avec un maximum de précision.

Cette définition doit être simple, applicable partout et par tous les membres des services de santé.

Parmi les symptômes présentés par les patients en Afrique centrale:

1. Quatre signes cliniques sont constants ou quasi constants, définis comme symptômes majeurs:
 - un amaigrissement important avec perte de plus de 10% du poids (100% des cas);
 - une asthénie importante (100% des cas);
 - diarrhée chronique inexplicée depuis plus d'un mois (80% des cas);
 - une fièvre prolongée ou intermittente à répétition (70% des cas).

Ces symptômes n'étant pas spécifiques, ils ne seront reconnus comme évocateurs de SIDA qu'après avoir éliminé une autre étiologie possible.

Par contre, une maladie de Kaposi généralisée, dans sa forme non classique, permet à elle seule de porter le diagnostic de SIDA.

Il faut souligner que la présence d'une méningite à cryptocoque permet aussi à elle seule de porter le diagnostic de SIDA.

2. D'autres symptômes considérés comme symptômes mineurs sont moins fréquents mais souvent associés de façon significative aux précédents. Il s'agit:

- de signes respiratoires et en particulier une toux persistante depuis plus d'un mois;
- de signes cutanéomuqueux et en particulier:
 - . une dermatose généralisée purigineuse,
 - . un zona récidivant,
 - . une candidose bucco-pharyngée,
 - . des ulcérations herpétiques chroniques et récidivantes,
- d'adénopathies généralisées;
- quant à la tuberculose, il faut noter qu'elle est fréquemment associée à une infection par le virus LAV/HTLV III.

Il est difficile d'établir, sans l'avoir mise à l'épreuve, une définition purement clinique du SIDA qui soit à la fois simple, exhaustive et spécifique. Néanmoins, il est suggéré que soit adoptée comme définition du SIDA de l'adulte en Afrique:

L'EXISTENCE CHEZ UN PATIENT NE PRESENTANT NI MALNUTRITION IMPORTANTE, NI CANCER, NI IMMUNOSUPPRESSION THERAPEUTIQUE (ou congénitale):

- DE TROIS DES QUATRE SYMPTOMES MAJEURS (AU MOINS)
- ASSOCIES A UN DES SYMPTOMES MINEURS.

Etablir une définition clinique du SIDA pédiatrique en Afrique revêt également une importance primordiale. La définition adoptée est la suivante:

En Afrique, est suspect de SIDA, tout enfant qui présente au moins deux des trois signes cliniques suivants:

1. un amaigrissement ou un retard staturo pondéral important;
2. une diarrhée persistante depuis plus d'un mois;
3. une fièvre prolongée ou intermittente à répétition.

A deux ou trois de ces symptômes doivent être associés au moins deux des signes suivants:

1. adénopathies généralisées d'étiologie inconnue;
2. une candidose bucco-pharyngée;
3. des infections banales mais à répétition (otite, angine, etc.);
4. une toux persistante d'étiologie inconnue;
5. une dermatose généralisée;
6. la notion d'un SIDA chez la mère.

Certaines particularités cliniques du SIDA de même que certains diagnostics différentiels pouvant apparaître dans chaque pays, il semble nécessaire qu'une étude pilote soit menée séparément dans chaque pays pour une évaluation du tableau clinique. Cette étude pilote devrait valider ou non la définition clinique proposée ci-dessus pour le SIDA chez l'adulte et chez l'enfant.

Une telle étude pourrait se faire:

1. soit dans l'hôpital principal de chaque capitale,
2. soit dans une région particulière si le nombre de cas de SIDA diagnostiqués semble y être important.

Il faut noter que cette étude pilote doit obligatoirement s'accompagner de tests sérologiques de détection des anticorps anti-LAV/HTLV III.

Les résultats de cette étude pilote devraient également permettre une appréciation d'un autre mode de définition indiqué en annexe. Ce deuxième type de définition du SIDA se présente comme un tableau avec un indice chiffré pour chacun des symptômes précités.

Evolution naturelle de la maladie clinique en Afrique

La surveillance de 24 personnes séro-positives a mis en évidence, au bout d'une année, un amaigrissement et des adénopathies dans 63% des cas, contre 11% seulement chez les 27 témoins séro-négatifs. Ces 24 personnes séro-positives surveillées étaient, au départ de l'étude, asymptomatiques.

La durée de la maladie clinique est en moyenne de 14 mois et elle peut varier de trois mois à quatre ans. Quarante cinq pour cent des patients meurent après une année d'évolution et 100% après quatre ans.

Prise en charge des malades atteints de SIDA en Afrique

La prise en charge sera physique aussi bien que psychologique. Il est recommandé d'apporter le plus grand soin à la qualité humaine de l'accueil.

Les malades seront autant que possible regroupés ensemble.

Les mesures d'hygiène générale seront appliquées avec rigueur, le linge de literie sera bouilli et nettoyé régulièrement, les douches et les toilettes seront régulièrement désinfectées à l'eau de javel diluée. La visite du malade par le médecin ou l'infirmière se fera sans masque, sans gants, mais la toilette des orifices naturels ou des plaies et escarres des malades se fera avec des gants. Il est conseillé de se laver immédiatement les mains après l'examen d'un malade ou après la toilette et de se désinfecter les mains à l'alcool dénaturé à 70° ou à l'eau de javel diluée à 1:10.

Dans la mesure du possible, des aiguilles et des seringues à usage unique seront utilisées. Si cela n'est pas possible, les nettoyer, les faire bouillir, les stériliser et les réserver uniquement pour les malades atteints.

A la sortie de l'hôpital, le patient doit être informé comme suit: de ne pas donner de sang; de ne pas recevoir de piqûres dans les petits dispensaires; des dangers des rapports sexuels. En cas de décès, le médecin doit conseiller que le corps parte de la morgue au cimetière sans séjourner dans la famille.

Quant à la fréquence respective, parmi les sujets ayant un test sérologique LAV/HTLV III séro-positif, de ceux qui sont de simples porteurs asymptomatiques du virus et de ceux qui présentent un SIDA, elle n'est actuellement pas définie en Afrique. Seules des études prospectives, qui sont d'ailleurs déjà en cours dans certains pays, pourront apporter une réponse.

III. ROLE DU LABORATOIRE

Il n'existe pas actuellement de test simple permettant la détection des antigènes. L'isolement du virus n'a pas actuellement d'importance pratique en Afrique, mais il peut servir comme moyen de recherche.

Seuls des tests sérologiques de détection des anticorps anti-LAV/HTLV III peuvent constituer un test de laboratoire important à promouvoir et à mettre en place en Afrique. En raison de la fréquence des infections intercurrentes en Afrique, les tests sérologiques réalisés par immunofluorescence posent des difficultés d'interprétation. Le seul test sérologique existant à présent et qui soit fiable est l'ELISA (épreuve d'immuno-adsorption enzymatique).

Pour qu'un test ELISA puisse être réalisé en Afrique, il doit répondre à plusieurs critères:

- être simple dans sa manipulation;
- être stable dans les conditions climatiques;
- si possible pouvoir être lu directement sans spectrophotomètre;
- enfin être d'un coût adapté aux ressources locales.

Idéalement, ce test sérologique devrait être utilisé dans les trois situations suivantes:

1. pour le diagnostic: confirmation d'un diagnostic ou d'une présomption clinique;
2. pour la prévention: au niveau de chaque banque du sang, il permettrait la reconnaissance puis l'élimination des dons de sang LAV/HTLV III séro-positifs;
3. pour la surveillance épidémiologique.

En première analyse,

- l'utilisation de ce test sérologique en routine à des fins diagnostiques n'est pas une priorité. Par contre, l'étude pilote permettant la validation d'une définition clinique du SIDA de l'enfant et de l'adulte en Afrique doit être accompagnée d'un test sérologique dans chaque cas.

- le dépistage systématique des anticorps anti-LAV/HTLV III sur tout don du sang est une priorité. Ce dépistage systématique devrait être réalisé dans chaque pays au niveau des hôpitaux des grandes villes et de ceux des campagnes. Si la diffusion des tests sérologiques semble pouvoir se faire aisément dans les hôpitaux principaux des capitales, des problèmes pratiques existent dans les hôpitaux ou les centres de diagnostic situés à la campagne. Il faudra tenir compte de ces problèmes pratiques dans le choix du test ELISA - en particulier l'absence d'électricité dans les campagnes rend nécessaire la possibilité d'une lecture du résultat à l'oeil nu, avec une marge d'erreur acceptable.

Certains pays présents possèdent déjà des laboratoires où divers tests sérologiques immunoenzymatiques sont réalisés depuis plusieurs mois. Il s'agit:

- de la République Centrafricaine (Institut Pasteur (IP), Bangui);
- du Zaïre (Institut National de Recherche Bio-Médicale (INRB), Kinshasa);
- du Gabon (Centre International de Recherches Médicales de Franceville - CIRMF).

Ces trois laboratoires pourraient servir de centres de référence OMS. Leur mission serait:

1. de faire une courte étude pilote du test ELISA qui sera disponible - il semble évident que le test qui sera introduit en Afrique devra répondre aux exigences de sensibilité et spécificité qui ont été établies pour les autres tests immunoenzymatiques destinés à la détection des anticorps anti-LAV/HTLV III; quant à la vérification de l'absence de problème inhérent à certaines particularités des sérums africains, elle doit pouvoir s'effectuer rapidement dans les centres précités;

2. de tenir des ateliers permettant la formation rapide du personnel médical ou de laboratoire;

3. de constituer des centres de référence pour le test du "Western Blot", technique destinée à la vérification éventuelle des résultats obtenus par le test ELISA.

IV. ASPECTS EPIDEMIOLOGIQUES.

Trois problèmes ont été cités concernant le recueil de l'information sur le SIDA en Afrique:

1. certains pays ont des difficultés au niveau du recueil de l'information;
2. la définition présentée pour le SIDA n'est pas applicable dans beaucoup de pays;
3. certains pays ne connaissent pas le problème chez eux.

Les enquêtes menées dans certains pays en Afrique montrent que les moyens de transmission du SIDA sont "classiques", c'est-à-dire par la voie sexuelle, par la voie parentérale et de la mère à l'enfant. D'après une enquête faite au Zaïre, il n'y a pas d'évidence pour une transmission horizontale, non sexuelle, entre membres d'un foyer par exemple. En Afrique, la transmission entre partenaires hétérosexuels semble être la voie la plus importante, même si cette transmission a été encore peu étudiée.

Transmission sexuelle du SIDA

La promiscuité hétérosexuelle (le nombre élevé de partenaires) est le facteur de risque le plus important chez les adultes atteints du SIDA en Afrique. Les raisons de cette conclusion sont les suivantes:

- le rapport hommes/femmes atteints est de 1:1;
- l'incidence est plus importante chez les adultes de 20 à 35 ans;
- la proportion de femmes célibataires est élevée;
- les partenaires sexuels sont multiples;
- la séro-positivité est élevée chez les épouses de cas de SIDA.

Entre 80 et 90% des cas chez les adultes semblent être le résultat de la transmission sexuelle.

Transmission parentérale

Parmi les cas de SIDA au Zaïre, 9% ont rapporté avoir reçu une transfusion durant les trois années précédant le début de leur maladie. Cette proportion est plus élevée que dans le groupe d'adultes bien portants. Dans la même étude, la séro-positivité parmi les adultes ayant reçu une transfusion au cours des 10 dernières années, était significativement plus fréquente que chez les personnes non transfusées. Il en est de même pour les enfants: plus de 50% des enfants séro-positifs ont eu une transfusion ou ont reçu une injection, proportion significativement plus élevée que chez les enfants séro-négatifs.

Une proportion importante de la population étudiée a reçu au moins une injection antérieurement. La séro-positivité à l'antigène LAV/HTLV III était fortement liée au nombre d'injections reçues. Une enquête à Kinshasa a démontré que 23% des personnes interrogées sont persuadées qu'en général les traitements par injection sont les plus efficaces.

Etablissement d'un système de surveillance du SIDA

Un système national de surveillance du SIDA est souhaitable pour chaque pays africain. Quatre étapes sont nécessaires pour l'établissement de ce système.

1. Une enquête préliminaire. Les buts de cette enquête sont: (a) la confirmation de l'existence du SIDA dans le pays; (b) la vérification de la fiabilité de la définition clinique et des examens de laboratoire en ce qui concerne les cas de SIDA dans le pays; (c) la récolte systématique des données cliniques et épidémiologiques pour en faire une description adaptée au pays; (d) la réalisation d'une ou de plusieurs enquêtes séro-épidémiologiques chez les groupes à haut risque, par exemple chez les prostituées.

2. Un système de surveillance de base. Il faudrait d'abord établir une liste des données considérées comme un minimum indispensable pour la surveillance internationale du SIDA: Le Comité considère que les données essentielles à ce niveau sont les suivantes: (a) âge; (b) sexe; (c) région, département ou province de résidence habituelle; (d) date du début de la maladie (en mois et année); (e) date du diagnostic (en mois et année); (f) classification du cas (diagnostic clinique ou confirmé par laboratoire). Le choix des méthodologies, ainsi que la sélection des sites et la décision sur l'étendue géographique sur laquelle la surveillance sera pratiquée devront être décidés par les responsables du pays.

3. Une surveillance de routine. Ayant acquis une certaine expérience avec la surveillance de base, il conviendra d'analyser les données recueillies et établir une fiche épidémiologique ainsi qu'une stratégie définitive pour la surveillance de routine. Il est recommandé de réfléchir sur l'utilité des enquêtes sérologiques en plus de la surveillance clinique. De telles enquêtes pourraient être très valables, mais elles doivent être soigneusement préparées avec des objectifs bien définis et une méthodologie rigoureuse pour éviter le gaspillage des ressources. Suite à l'analyse d'une ou de plusieurs enquêtes de séro-prévalence et considérant la situation épidémiologique présente, la décision concernant l'utilité d'une enquête de séro-incidence sera plus fiable.

4. Evaluation du système de surveillance. Une évaluation constante du système de surveillance devrait être instituée. De plus, après environ un an de fonctionnement, une évaluation formelle du système de surveillance devrait être faite. Une des tâches principales serait d'évaluer le rôle des données recueillies dans les stratégies de prévention du SIDA dans le pays.

V. PREVENTION

Du fait de l'absence d'une thérapeutique parfaitement et définitivement curative du SIDA, et du fait de l'absence actuelle d'un vaccin, la prévention repose essentiellement sur l'éducation et l'information sanitaire.

Ce type de prévention est nécessaire aussi bien pour les pays qui font face à un phénomène épidémique que pour ceux qui ne connaissent que des cas isolés. Les conditions de dissémination du SIDA varient en fonction des caractéristiques locales, c'est pourquoi toute stratégie devra être établie et adaptée en fonction des données épidémiologiques recueillies.

Le premier objectif est donc la mise en place de systèmes nationaux de recueil d'informations sur cette maladie. Il est très important, tant pour mesurer l'évolution de la situation épidémiologique entre pays voisins que pour permettre à la coopération internationale de s'exercer, d'échanger les informations obtenues localement. La stratégie d'éducation sanitaire s'appuie sur la connaissance des modes de transmission de la maladie. Les études réalisées dans les pays d'Afrique Centrale montrent que l'épidémie du SIDA est liée à trois principaux modes de transmission: sexuelle, parentérale et verticale (mère-enfant).

1. La transmission sexuelle

En Afrique, la transmission semble se faire indifféremment d'homme à femme ou de femme à homme. L'homosexualité est un mode mineur de diffusion du SIDA. Comme pour toutes les autres maladies sexuellement transmises (MST), la diminution du nombre des partenaires réduit le risque d'exposition. Bien que la sécurité qu'ils procurent ne soit pas démontrée, les condoms (préservatifs) peuvent contribuer à diminuer le risque.

2. La transmission parentérale

(a) La transfusion de sang

Dans les pays où la prévalence en anticorps anti-LAV/HTLV III est très élevée, toute transfusion sanguine représente a priori un risque majeur. Toute prescription de transfusion doit être très soigneusement posée. Il est maintenant bien établi que la transfusion d'une unité isolée de sang chez un adulte n'est presque jamais indiquée. L'amélioration de la sécurité de tout acte transfusionnel implique la création et le développement de véritables banques de sang.

(b) Les injections et scarifications

Les données épidémiologiques prouvent le rôle des injections non stériles dans la survenue d'un fort pourcentage de cas de SIDA chez l'enfant. L'éducation sanitaire doit permettre de proscrire ces injections lorsqu'elles ne sont pas nécessaires et améliorer les pratiques sur le plan de l'hygiène (stérilisation). Les méthodes de désinfection efficaces contre le virus LAV/HTLV III doivent être bien connues du personnel médical et paramédical. L'eau de javel diluée, l'ébullition, l'alcool sont des moyens simples, peu coûteux et efficaces.

3. La transmission mère-enfant

Environ la moitié des cas de SIDA survenus chez les enfants en Afrique Centrale est liée à la transmission du virus pendant la période périnatale. Les femmes séro-positives doivent savoir qu'en cas de grossesse, le risque de donner naissance à un enfant atteint du virus LAV/HTLV III est élevé. Toute mesure visant à limiter la procréation chez les femmes séro-positives doit être favorisée.

L'éducation sanitaire: contenu et moyens

L'éducation sanitaire doit permettre d'atteindre trois objectifs:

- informer le public sur la maladie proprement dite;
- faire connaître les modes de transmission et les moyens de se prémunir;
- dédramatiser les situations de panique ou les craintes injustifiées.

Cette information peut passer par différentes voies:

- les médias destinés au grand public (presse, radio, télévision): les professionnels de ce type de communication devraient posséder les connaissances techniques nécessaires pour éviter la propagation d'informations incomplètes, inexactes ou génératrices de panique;
- les relais d'informations plus spécialisées:
 - . les établissements d'enseignement pourraient intégrer une information SIDA dans le programme d'éducation sexuelle ou d'hygiène;
 - . les groupes à risques: en Afrique Centrale, il s'agit principalement du groupe concerné par les MST en général (personnes ayant habituellement une multiplicité de partenaires sexuels);
 - . les dispensaires anti-vénéériens;
 - . les associations socio-culturelles.

Le rôle des professionnels de santé

Une bonne formation des professionnels de santé est un des moyens principaux de lutte contre le SIDA. Cette formation visera à leur permettre:

- de bien connaître les règles d'hygiène nécessaires à leur pratique;
- de réactualiser périodiquement leurs connaissances pour les soins optima des malades dont ils ont la charge;
- d'être à même de jouer un rôle privilégié dans l'éducation sanitaire du public.

Thérapie

Il faut distinguer d'une part le traitement des infections opportunistes et du sarcome de Kaposi et d'autre part le traitement dirigé contre l'agent étiologique du SIDA.

Le traitement des infections opportunistes est souvent très long, toxique et on observe fréquemment des infections récidivantes. Parmi les traitements du sarcome de Kaposi, on note la vinblastine, peu toxique; dans 25% des cas traités, des réponses objectives ont été obtenues et dans 50% des cas, la maladie semble s'être stabilisée. L'interferon alpha est aussi utilisé, mais on observe souvent une toxicité après les traitements longs.

Les traitements antiviraux visent à empêcher la dissémination du virus LAV/HTLV III par l'organisme. Un certain nombre d'inhibiteurs de la réplication virale sont en cours d'étude chez l'homme (suramine, HPA23, ribavirine, foscarnet), mais jusqu'à ce jour aucun bénéfice clinique de tels traitements n'a pu être démontré. On pense déjà que ce type de traitement ne suffira pas pour récupérer l'immunité cellulaire et on envisage pour l'avenir une association entre un traitement antiviral et des immunomodulateurs (Interleukine 2, Isoprinosine, etc.) ou même des greffes de moelle.

VI. RECOMMANDATIONS

1. Les autorités de chaque pays devraient s'adjoindre un groupe de travail composé de spécialistes compétents en clinique, épidémiologie, microbiologie et santé publique. Ce groupe de travail devrait mettre en place un système de recueil des données sur le SIDA, indispensable à la définition et à l'adaptation d'une stratégie locale de lutte.

2. En Afrique comme aux Etats-Unis ou en Europe, la transmission sexuelle est le principal mode de propagation du SIDA. En l'absence de traitement ou de vaccin, l'éducation sanitaire visant à modifier les comportements sexuels est un moyen essentiel de lutte contre le SIDA.

3. La transmission du virus LAV/HTLV III par transfusion sanguine est aussi en Afrique Centrale un des modes de diffusion de la maladie. L'organisation de véritables banques de sang permettant l'examen clinique du donneur, le contrôle biologique des produits sanguins (en particulier sérologie LAV/HTLV III) et la fourniture de sang aux hôpitaux dans de bonnes conditions est hautement souhaitable. La prescription de transfusion doit être un acte médical exclusivement réservé aux situations présentant un danger REEL pour la vie du malade.

4. Les femmes sérologiquement positives et en âge de procréer devraient être averties du risque de donner naissance à un enfant également infecté du SIDA. Les moyens permettant d'éviter la procréation devraient leur être proposés par les autorités compétentes.

5. Le public doit être averti du risque de transmission du SIDA en particulier par les injections ou scarifications réalisées avec du matériel non désinfecté et réutilisé, tant dans le cadre de la médecine moderne que traditionnelle.

6. Les médias destinés au grand public doivent être sollicités pour participer à cette éducation sanitaire. Les professionnels de ce secteur pourraient recevoir une formation leur permettant de jouer ce rôle.

7. Tous les relais permettant le transfert de cette éducation sanitaire vers le public en général ou vers des groupes plus spécifiques peuvent être utilisés:

- les établissements d'enseignement à travers les programmes d'hygiène et d'éducation sexuelle;
- les centres de soins pour maladies sexuellement transmises;
- les associations.

8. La formation du personnel de santé est une condition essentielle de la réussite de ces programmes:

- pendant les études: par des cours sur le SIDA;
- après les études: par la formation continue.

9. La formation de ce personnel doit inclure:

- les données techniques sur la maladie, les divers facteurs de risque, en particulier le risque associé aux transfusions sanguines;
- les notions d'hygiène et de désinfection spécifiquement adaptées au SIDA;
- les principes de l'éducation sanitaire et de la prévention.

Recommandations pour l'OMS

1. L'OMS devrait fournir aux pays désireux de créer un système de recueil des données, une assistance méthodologique comportant notamment des modèles pour les formulaires de déclaration.

2. L'OMS devrait rassembler les données recueillies dans les pays, en utilisant des formulaires standardisés, comportant au minimum l'indication du nombre de cas recensés par périodes trimestrielles, les caractéristiques d'âge et de sexe, l'origine géographique des patients, etc. Ces résultats seront colligés sur la base de sous-régions et non sur la base nationale. Ils seront communiqués sous cette forme aux Etats.

3. L'OMS devrait aider à réaliser les programmes d'éducation sanitaire en proposant des modèles de dépliants d'information, des documents audiovisuels et des affiches adaptées à la lutte contre les MST.

4. L'OMS devrait participer à la formation du personnel médical et paramédical en fournissant du matériel d'enseignement (brochures, affiches, vidéo films) et en participant à l'organisation de séminaires d'information.

5. L'OMS devrait publier des directives pour la prévention de la transmission de la maladie parmi les groupes à haut risque, les groupes professionnels y compris la profession médicale, et le grand public.

6. Il est instamment demandé à l'OMS de diffuser l'information sur le SIDA en Afrique centrale pour permettre aux pays membres de prendre des mesures appropriées à la prévention et au contrôle de la maladie.

7. L'aide de l'OMS est sollicitée pour diffuser une définition des cas reposant sur une base clinique facilement applicable et permettant un diagnostic purement clinique du SIDA aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte.

8. L'Atelier souhaite que l'OMS publie cette définition dans un format approprié aux pays concernés, en soulignant la qualité provisoire de cette première définition. Dans un stade ultérieur, l'Atelier souhaite que l'OMS organise une analyse en commun des données récoltées par des pays africains qui ont déjà mené des enquêtes sur le SIDA et qu'ensuite elle les complète par d'autres études orientées dans le but d'augmenter la spécificité et la sensibilité de la définition clinique. A ce stade, si l'on trouve que la valeur prédictive de la définition clinique est supérieure à 90%, la terminologie pourrait s'adapter aux besoins de la surveillance. Si ce niveau de valeur prédictive n'est pas atteint, l'Atelier insiste pour que chaque pays continue un programme pour tester un échantillonnage des cas cliniques et les confirmer par le laboratoire. Le but d'établir une définition hautement sensible, spécifique, pratique, fiable, reproductible et uniforme doit être le résultat des recherches menées par les cliniciens et les services de santé nationaux, avec l'aide de l'OMS pour la coordination et l'analyse en commun de ces recherches.

9. De même, l'OMS est sollicitée pour communiquer toute amélioration ou modification concernant cette définition au fur et à mesure des résultats obtenus par les différents services cliniques collaborateurs.

10. En plus de la définition clinique, des critères de laboratoire sont nécessaires. Les cas cliniques qui répondent aux critères de laboratoire seront considérés comme "cas confirmés". Il sera demandé à tous les pays africains de notifier à l'OMS tous les trois mois le nombre de cas de SIDA classés comme cas "cliniques" et cas "confirmés".

11. L'Atelier demande à l'OMS de promouvoir des tests sérologiques de détection des anticorps anti-LAV/HTLV III très simples. En l'absence actuelle de tels tests, il est demandé à l'OMS de recommander la détection des anticorps anti-LAV/HTLV III par le test ELISA.

Il est demandé à l'OMS de promouvoir le test ELISA, non pas comme un test de routine du diagnostic du SIDA, mais comme test de dépistage systématique des anticorps anti-LAV/HTLV III sur tout don du sang. Il est demandé à l'OMS de favoriser les programmes nationaux permettant l'application d'une telle mesure dans tous les pays membres.

12. Il est demandé à l'OMS d'installer des centres de référence permettant des examens de confirmation du test ELISA. Une autre mission de ces centres de référence serait d'organiser des ateliers de formation du personnel de laboratoire de chacun des pays qui le demandera.

13. L'OMS pourrait donner un appui aux responsables nationaux par: (1) l'envoi d'experts épidémiologistes et de laboratoire; (2) la fourniture de l'équipement et du matériel de laboratoire pour l'établissement d'un centre pour les examens sérologiques LAV/HTLV III; (3) la préparation de modèles de fiches cliniques et épidémiologiques pour la récolte des données au cours de cette enquête initiale.

14. L'Atelier souhaite que l'OMS puisse aider chaque pays dans l'analyse des données de surveillance, en fournissant des micro-ordinateurs avec un programme spécial pour l'enregistrement et l'analyse des données.

15. L'OMS devrait identifier un cadre d'experts en épidémiologie et en diagnostic de laboratoire du SIDA pour consulter et visiter les pays intéressés.

16. L'Atelier souhaite que l'OMS établisse une fiche supplémentaire qui servirait à chaque pays pour la surveillance nationale, mais en encourageant à chacun d'ajouter à cette fiche les informations spécifiques d'un intérêt national. Les experts en épidémiologie de l'OMS peuvent coopérer avec les groupes de travail nationaux dans la sélection des stratégies de cette surveillance. La surveillance du SIDA peut être un excellent exemple pour la formation des épidémiologistes et des responsables de santé publique. Les experts de l'OMS pourraient aider à établir des stratégies pour la confirmation des cas au laboratoire.

TABLEAU

DIAGNOSTIC CLINIQUE DU SIDA

Critère d'exclusion

1. Malnutrition importante
2. Cancer
3. Thérapeutique immunosuppressive

Critère d'inclusion et indice correspondant

<u>Signes importants</u>	<u>Indice</u>
- amaigrissement supérieur à 10% du poids du corps	4
- asthénie prolongée	4
<u>Signes très fréquents</u>	
- fièvre permanente ou à répétition depuis plus d'un mois	3
- diarrhée évoluant depuis plus d'un mois	3
<u>Autres signes</u>	
- toux	2
- pneumopathie	2
- candidose bucco-pharyngée	4
- herpes cutané chronique ou récidivant	4
- dermatose généralisée purigineuse	4
- zona (récidivant)	4
- adénopathies généralisées	2
- signes neurologiques	2
- Kaposi généralisé	12

LE DIAGNOSTIC DU SIDA EST ETABLI QUAND L'INDICE EST SUPERIEUR OU AU MOINS EGAL A 12