

2557

WHO/GPA/DIR/89.2
Original: Anglais
Distr.: Générale

Le SIDA dans le monde: les années 90

Dr Jonathan M. Mann, MPH
Directeur du Programme mondial de Lutte contre le SIDA
Organisation mondiale de la Santé



Présenté le 4 juin 1989 à la
V^{ème} Conférence internationale sur le SIDA
Montréal, Canada



Organisation mondiale de la Santé
Genève, Suisse

Le SIDA dans le monde dans les années 1990

par

Dr Jonathan M. Mann

Directeur, Programme mondial de Lutte contre le SIDA
Organisation mondiale de la Santé

4 juin 1989

A la fin des années 1980, décennie pendant laquelle nous avons connu le SIDA pour la première fois, quelle est la situation des trois épidémies: l'épidémie d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), l'épidémie de la maladie liée au VIH et celle que constitue l'ensemble des réactions et réponses d'ordre social, culturel et politique déclenchées par les deux premières? Quel est l'état de la confrontation du monde avec le SIDA, où en est l'effort mondial de prévention de l'infection, de traitement des sujets infectés et des malades et d'union contre le fléau, au sein des nations et entre les nations? Ce soir, à Montréal, à l'approche des années 1990, je vous invite à considérer ce qui nous reste à accomplir et à surmonter pour faire face à un avenir difficile et incertain.

Au 1er juin 1989, le nombre total cumulatif des personnes atteintes du SIDA déclarées officiellement à l'Organisation mondiale de la Santé par 149 pays s'élevait à 157 191 (Fig. 1 et 2). Sur l'ensemble des cas signalés, 69% se rapportaient à 43 pays de la région des Amériques, 16% à 47 pays d'Afrique, 14% à 28 pays d'Europe et le reste - 1% - à 31 pays d'Asie et d'Océanie. Cependant, les déclarations sont incomplètes et l'on estime qu'à l'heure actuelle le total cumulatif des cas de SIDA atteint près d'un demi-million, soit plus de trois fois le nombre des cas déclarés.

Figure 1
Cas de SIDA déclarés
1er juin 1989

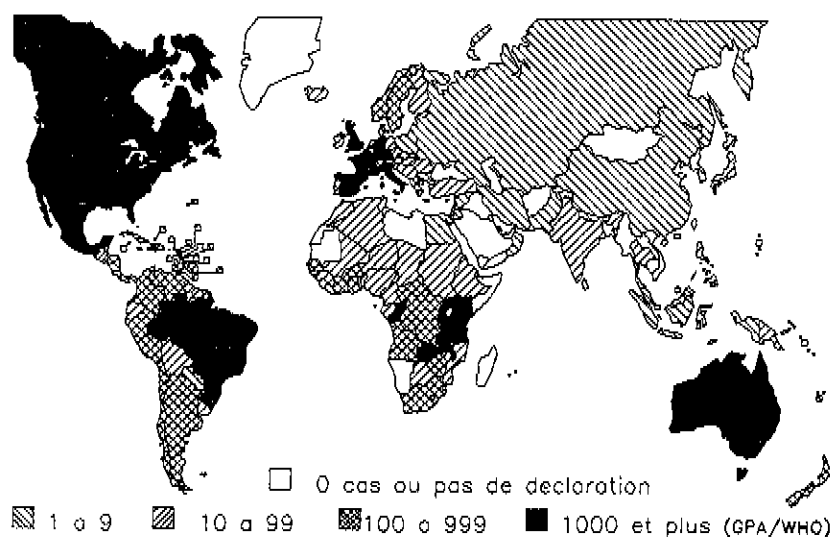


Figure 2
Nombre des cas de SIDA déclarés et nombre estimé
1er juin 1989

Région	Nombre cumulatif des cas déclarés	Nombre de pays	Nombre estimé
Afrique	24 686	47	270 000
Amériques	108 830	43	175 000
Asie	369	24	<1 000
Europe	21 855	28	32 000
Océanie	1 451	7	2 000
Total	157 191	149	480 000

Le tableau le plus complet et le plus actuel de la pandémie nous est offert par l'épidémiologie de l'infection à VIH. Au début de la décennie en cours, il n'y avait dans le monde qu'environ 100 000 personnes infectées par le VIH. Au cours des années 1980, l'infection a gagné de 5 à 10 millions de personnes; si nous nous en tenons au chiffre de 5 millions, on peut considérer que 2,5 millions des personnes touchées sont en Afrique, 2 millions dans la région des Amériques, 500 000 en Europe et environ 100 000 en Asie et en Océanie.

Au-delà de ces chiffres et leur répartition par continent existe un fait important: l'épidémie mondiale de l'infection à VIH reste dynamique et continue de s'étendre de trois manières.

Premièrement, l'infection à VIH s'étend de manière générale, et parfois de façon spectaculaire, dans les zones déjà touchées. Par exemple, en Thaïlande, la séroprévalence du VIH parmi les toxicomanes intraveineux à Bangkok, qui était d'environ 1% à la fin de 1987 et de 20% voilà un an, atteint maintenant plus de 40%. Il y a plusieurs années, la séroprévalence du VIH parmi les prostituées était inférieure à 1 pour 1 000; elle est maintenant de 1 pour 400 et dépasse 1% dans certaines zones "chaudes". Récemment, l'infection en Thaïlande était géographiquement limitée; à l'heure actuelle, elle touche 70 des 73 provinces du pays.

Deuxièmement, l'aire géographique couverte par l'épidémie s'est récemment élargie à des pays et à des régions jusqu'alors indemnes ou seulement légèrement touchés. Plusieurs enquêtes menées parmi les prostituées du Sud-Est de l'Inde ont permis de constater que la séroprévalence du VIH y était de 3 à 7%; des prostituées sont également infectées à Calcutta et à Bombay. Dans la capitale de la Côte d'Ivoire, la séroprévalence du VIH-1 parmi les adultes est passée en deux ans de moins de 1% à 4% au moins. Ce tableau est celui que l'on observe de plus en plus dans toute l'Afrique occidentale, où l'épidémie de VIH-1 est en train de s'étendre de plus en plus rapidement dans de nombreuses grandes villes.

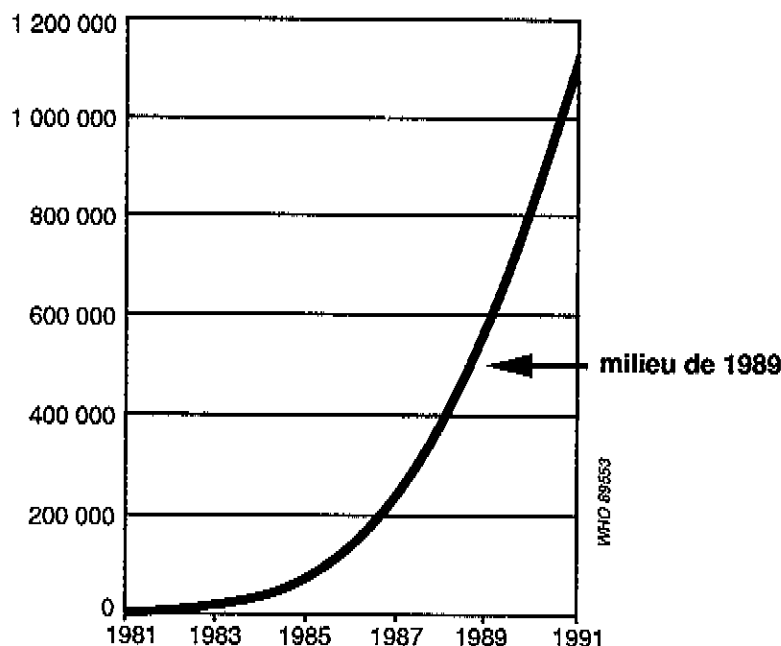
Troisièmement, la pandémie a pris un tour extraordinairement complexe et se diversifie de manière croissante au niveau national, provincial et communautaire, à la mesure de la diversité considérable des circonstances sociales, économiques et culturelles qui créent, renforcent et maintiennent les conditions de l'exposition de la population au VIH. On mentionnera, comme exemple frappant, ce qui s'est produit en Union soviétique, à Elista, ville située entre la Mer noire et la Mer caspienne. Un homme infecté par le VIH a contaminé sa femme; leur enfant a été contaminé à son tour et, tombé malade, a été admis dans un hôpital pédiatrique. L'emploi d'aiguilles usagées et d'autres instruments d'effraction cutanée non stériles a transmis le VIH aux autres petits patients; en tout, plus de cinquante enfants provenant de plusieurs villes ont été infectés. Au Brésil, la proportion des cas de SIDA liés à la toxicomanie intraveineuse est passée en un an de 3 à 13%, sous l'effet d'une nouvelle épidémie urbaine de cocaïnomanie par injection; la séroprévalence parmi les toxicomanes intraveineux de Rio de Janeiro et de Sao Paulo est de 16% et il est maintenant établi que l'infection à VIH et le SIDA touchent l'importante population des enfants des rues de Rio de Janeiro. En Europe, la proportion des cas de SIDA imputables à la toxicomanie par injection est passée de 6% en 1984 à 34% en 1988; en Italie et en Espagne, les toxicomanes intraveineux représentent maintenant plus de 60% des cas de SIDA.

La deuxième épidémie est celle de la maladie causée par le VIH, et notamment du SIDA. Partout dans le monde, le nombre des sidéens est en rapide augmentation: alors qu'il était de 70 000 en 1980-85, il est passé à 300 000 pendant la période 1986-88 pour atteindre un chiffre estimatif de 700 000 au cours de la période triennale 1989-91. Le total cumulatif des cas de SIDA devrait donc doubler d'ici à la fin de 1991 et dépasser 1,1 million (Fig. 3).

La troisième épidémie, qui représente l'ensemble des réactions et des réponses d'ordre social, culturel, économique et politique, menace de plus en plus d'éclipser et de supplanter les épidémies de VIH et de SIDA. Les légendes au sujet du VIH et du SIDA continuent de courir, inspirant généralement la crainte de tout contact fortuit avec des sidéens. Dans les enquêtes menées partout dans le monde, on observe que de 10 à 30% des individus demeurent persuadés que le VIH peut se transmettre par une simple poignée de mains et qu'il n'est pas sûr de se trouver en compagnie d'une personne infectée dans un autobus ou à son travail. Hélas également, ces esprits dévoyés propagent leurs idées fausses, répandant des rumeurs de "guerre biologique secrète", de "dépistage massif" et de "conspiration du SIDA". Ces rumeurs sont nuisibles, car un ministre africain de la santé a signalé voici peu une diminution de l'utilisation des préservatifs liée à la rumeur que des préservatifs avaient été contaminés par le virus.

Enfin, les droits et la dignité des personnes infectées par le VIH continuent d'être attaqués, qu'il s'agisse du droit au travail, à l'éducation, au logement ou de la liberté de déplacement, et cela même dans des pays qui avaient su jusqu'à présent résister opiniâtrement à la discrimination.

Figure 3
Projection du nombre des cas de SIDA dans le monde



En résumé, les trois épidémies mondiales restent instables, volatiles et dynamiques, car elles trouvent leur moteur dans de nombreux aspects du comportement humain, individuel et collectif. La pandémie n'a pas encore atteint son maximum d'intensité et on ne peut encore affirmer d'aucun de ses éléments constitutifs qu'il s'est stabilisé.

Face à cela, dans de nombreux pays, on aligne aujourd'hui des moyens puissants et croissants pour prévenir l'infection et soigner les malades, la connaissance scientifique s'approfondit régulièrement et des années de dur labeur ont enrichi notre expérience. Sur ce terrain, s'est développé aujourd'hui dans la réaction nationale et mondiale au SIDA un réalisme nouveau, fondé sur l'action et non sur la théorie, et produisant des résultats, chèrement acquis.

Voilà deux ans qu'ont été jetées les bases d'un programme international d'action concertée, visant un but commun, la Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA. A ce besoin d'une action concertée et d'un objectif commun, la Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA a répondu, apportant un cadre pratique dans lequel se sont inscrits les efforts nationaux, déployés partout dans le monde, et les programmes internationaux. Le programme mondial de lutte contre le SIDA de l'Organisation mondiale de la Santé coopère avec 154 pays, apportant à 127 d'entre eux un soutien financier dépassant 60 millions de dollars et un soutien technique, par l'intermédiaire de plus de 1 000 consultants et experts, pour la planification, la formation et l'action sur le terrain. L'élaboration des programmes nationaux de lutte contre le SIDA a été menée rapidement, avec une énergie considérable et beaucoup d'imagination, et de tels programmes existent maintenant dans la plupart des pays: 187 pays et régions du monde auront le leur à la fin de cette année.

Toute cette activité aura aussi été l'occasion de se rendre compte de plus en plus clairement de la puissance et de l'importance des organisations à base communautaire. Ces organisations communautaires ont souvent fait oeuvre de pionniers, montrant la voie à des gouvernements plus timides ou hésitants. Existant déjà et réorientant leurs efforts vers la lutte contre le SIDA, ou apparaissant pour répondre à de nouveaux besoins, ces organisations ont en commun l'aptitude capitale d'atteindre les populations pour leur transmettre une information qui sera acceptée et apporter une aide là où les gouvernements ne peuvent agir et sous des formes que les gouvernements ne peuvent pratiquer. C'est en effet l'une des grandes leçons pratiques de cette décennie qu'il existe, dans les programmes de lutte contre le SIDA, une relation directe entre, d'une part, la force, la diversité et la conviction des organisations à base communautaire et non gouvernementales et, d'autre part, le succès auquel on peut prétendre. L'importance de la communauté - de son action, et de sa responsabilité - dans la prévention et le traitement du SIDA vient d'ailleurs d'être saluée voici trois semaines dans une résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé à Genève.

Dans de nombreux pays, il apparaît que des changements de comportements se sont produits ou se produisent, qui contribueront à prévenir l'infection par le VIH. L'expérience de plusieurs années et de nombreux pays montre clairement que, partout où des changements de comportements positifs ont été enregistrés, quel que soit le contexte culturel et social, trois éléments étaient réunis. Premièrement, un effort ciblé d'information et d'éducation adapté aux conditions locales avait été entrepris par des responsables crédibles. Deuxièmement, cet effort d'information et d'éducation avait été lié à l'activité des services de santé et d'action sociale nécessaires pour appuyer et renforcer le changement de comportement. Troisièmement, le programme entier devait être tout imprégné de l'idée de soutien: un environnement social non-discriminatoire est un besoin et non un luxe. Tels sont les principes qui se dégagent de l'expérience et qui peuvent être adaptés à n'importe quel milieu et à n'importe quelle culture. Malheureusement, là où l'information demeure inadéquate, inexacte ou carrément trompeuse, là où les services de santé et d'action sociale nécessaires n'existent pas encore, là où l'effort tout entier est sapé par un environnement social discriminatoire et pénalisant, là, aucune chance n'a encore été donnée à la prévention.

La Stratégie mondiale de lutte contre le SIDA a également réussi à amener le monde de la santé publique à prendre vraiment conscience du problème des droits de l'homme. Au niveau national et international, nous avons accru notre expérience et notre capacité à rapprocher la pratique de la santé publique et le respect des droits de l'homme.

Il nous faut cependant reconnaître les limites des progrès actuels, tant au plan national qu'au plan international. Certes, on note un peu partout un début d'action, par la création de comités nationaux de lutte contre le SIDA, par l'élaboration de nouveaux programmes et par la mise en oeuvre de vastes campagnes d'information du public. Cependant, les plans nationaux anti-SIDA ne sont pas toujours intégralement appliqués et la transition des premiers efforts à la mise en oeuvre soutenue et durable d'un programme national de lutte contre le SIDA reste un pas difficile à franchir. Disons également que le combat contre la discrimination n'est jamais définitivement gagné; il exige que l'on soit vigilant et que l'effort soit continu.

C'est que l'histoire de l'épidémie mondiale et de la réponse du monde entier est aussi brève qu'intense. Il faut donc que nous continuions de regarder devant nous et de nous efforcer de nous faire une idée de l'avenir, si limitée et imparfaite soit-elle. Pour essayer de prévoir les tendances de l'infection à VIH et du SIDA dans les années 1990, le Programme mondial de lutte contre le SIDA a récemment effectué une étude Delphi, utilisant cette méthode pour collecter l'opinion des experts et en faire la synthèse.

Les projections sont fondées sur l'hypothèse que 5 millions d'adultes sont déjà infectés et que l'on ne disposera pas d'un vaccin ou d'un traitement efficace au cours de la prochaine décennie. Les estimations Delphi ont alors été traitées au moyen d'un modèle de projection pour prévoir le nombre des cas de SIDA en l'an 2000.

Les prévisions de l'étude Delphi sont que, dans les années 1990, le nombre des infections par le VIH sera trois fois plus élevé que dans les années 1980 (Fig. 4). Plus d'un tiers de ces nouvelles infections par le VIH sont considérées comme évitables moyennant un programme mondial coordonné de lutte contre le SIDA appliqué de concert avec les programmes nationaux.

En outre, il est à prévoir que le nombre des adultes qui feront un SIDA dans les années 1990 sera environ 9 fois plus élevé que dans les années 1980 (Fig. 5). La moitié environ des cas de SIDA touchant des adultes dans les années 1990 atteindront des personnes qui auront déjà été infectées par le VIH dans les années 1980. Il a été estimé que plus d'un tiers environ des cas de SIDA résultant d'infections nouvelles survenues dans les années 1990 seraient évitables au prix d'un effort mondial et national. En conséquence, que l'on considère le nombre cumulé des cas de SIDA touchant des adultes dans le monde entier (Fig. 6) ou que l'on compare le nombre annuel des nouveaux cas de SIDA en 1990, en 1995 et en l'an 2000 (Fig. 7), on constate que la situation en ce qui concerne le VIH/SIDA dans la décennie de 1990 sera plus grave, voire beaucoup plus grave, que ce que nous avons connu dans la décennie 1980. On notera en particulier que le nombre des sidéens augmentera considérablement et qu'il est impératif de prévoir et d'organiser dès maintenant des services sanitaires et sociaux adéquats.

En prévision d'un tel avenir, les programmes nationaux de lutte contre le SIDA, armés de la confiance que leur inspire le travail déjà accompli, forts de l'expérience acquise et appuyés sur une Stratégie mondiale valable, auront trois tâches à accomplir.

En premier lieu, il s'agira d'arriver à une intégration plus poussée des programmes. Pour assurer une capacité d'action soutenue dans la décennie prochaine, les programmes devront forger des liens plus solides avec les

Figure 4
Projections Delphi établies par OMS/GPA
 Nombre d'adultes infectés par le VIH

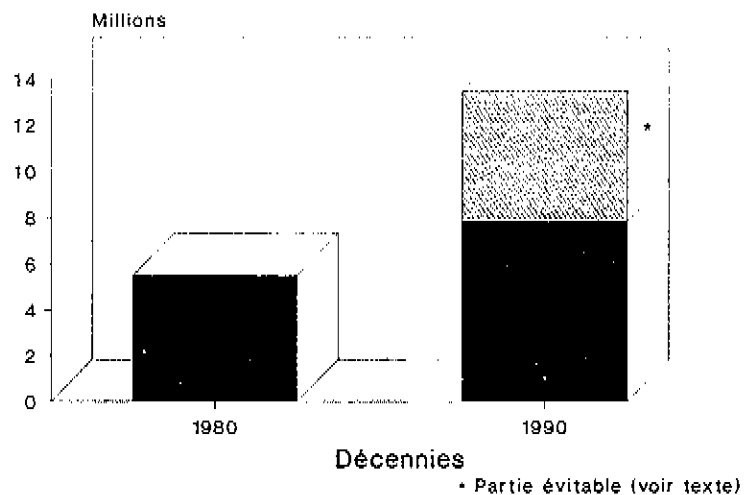


Figure 5
Projections Delphi établies par OMS/GPA
 Nombre de cas de SIDA parmi les adultes

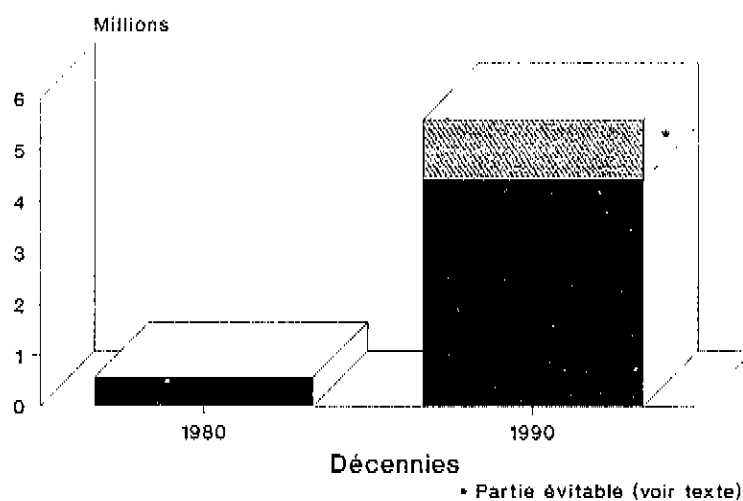


Figure 6
Projections Delphi établies par OMS/GPA
 Total cumulatif des cas de SIDA parmi les adultes

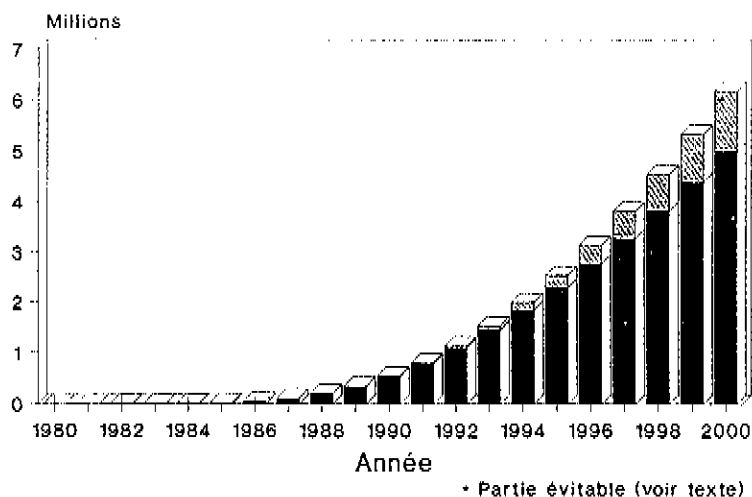
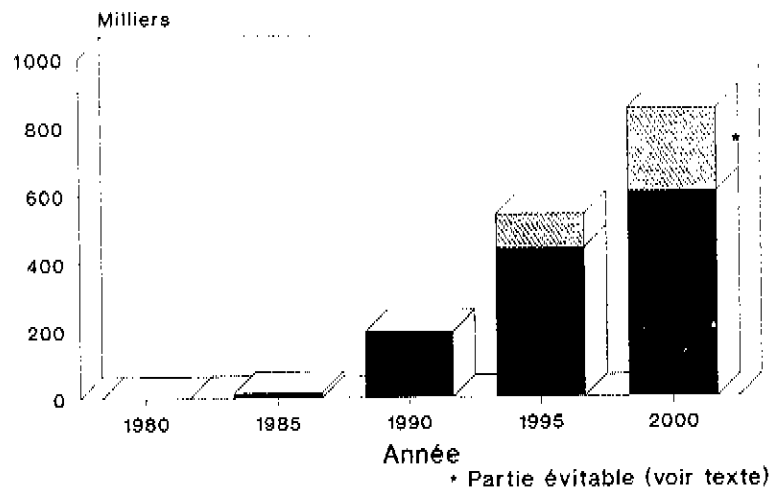


Figure 7
Projections Delphi établies par OMS/GPA
 Nombre annuel de nouveaux cas de SIDA parmi les adultes



autres programmes d'action sanitaire et sociale; il faudra se préoccuper davantage du personnel sur lequel repose la mise en oeuvre des programmes, améliorer sa formation et renforcer les capacités de gestion, de planification et d'évaluation.

En deuxième lieu, les programmes devront identifier les points particuliers sur lesquels l'action devra se concentrer et être renforcée. Dans chaque communauté et dans chaque pays, le SIDA met forcément au jour certains problèmes complexes de caractère médical et social qui préexistaient à son apparition. A l'échelle mondiale, les grands problèmes sont les mêmes, mais les circonstances et les points névralgiques particuliers peuvent être très divers. Par exemple, en Inde, le SIDA a appelé l'attention sur la qualité des produits sanguins; en Italie, sur les toxicomanes intraveineux; au Pakistan, sur les services de transfusion sanguine; au Royaume-Uni, sur l'éducation sanitaire, en particulier celle de la jeunesse; en Union soviétique, sur la qualité des services de santé; et au Sri Lanka, sur la prostitution et la lutte contre les maladies sexuellement transmissibles. Chaque programme de lutte contre le SIDA doit déterminer lui-même les problèmes prioritaires sur lesquels il aura à insister particulièrement; en remettant à l'ordre du jour ces problèmes anciens et profondément enracinés sur lesquels le SIDA a ramené l'attention, la lutte contre le SIDA apporte une contribution supplémentaire à l'amélioration de la santé pour tous.

Enfin, il faut que les programmes de lutte contre le SIDA continuent d'innover, car certains des défis que le SIDA lance aux individus et à la société nécessiteront de nouvelles approches, que ce soit pour la prévention ou pour le traitement, ou encore pour assurer une répartition équitable des prestations des services de santé et d'action sociale, y compris la distribution des moyens thérapeutiques et, en fin de compte, des vaccins. Les programmes de lutte contre le SIDA doivent sans cesse remettre en cause le *statu quo*, partout où le *statu quo* n'est tout simplement pas assez bon.

Il faudra donc, pour convertir les efforts initiaux des années 1980 en programmes solides et puissamment dotés pour la lutte contre l'infection à VIH et le SIDA dans les années 1990, une énergie et une volonté indéfectibles. Cependant, les épidémies de VIH et de SIDA sont seulement deux des trois épidémies auxquelles nous continuerons de devoir faire face. La troisième épidémie, celle des réactions et des réponses sociales, culturelles et politiques, peut être aussi importante pour notre avenir que les deux autres.

Partout dans le monde, il apparaît que certains se laissent aller à un sentiment croissant de fausse sécurité, alors que d'autres s'abandonnent de plus en plus au fatalisme. Ce sentiment de fausse sécurité conduit à la marginalisation de groupes d'individus ou de nations et pourrait réduire tragiquement les ressources humaines et financières consacrées en ce moment critique à la mise sur pied des programmes nationaux de lutte contre le SIDA. Quant au fatalisme, il peut conduire soit à une désespérance passive, soit à la tentation de solutions simplificatrices et extrêmes.

Il apparaît donc, si nous prenons la mesure de l'avenir, que la solidarité est un besoin transcendant et primordial. Dans les années 1980, nous avons appris et nous avons enseigné qu'il fallait éviter la discrimination et la stigmatisation à l'égard des personnes infectées par le VIH, et cela pour le bien de tous. Plus récemment, nous

avons découvert qu'au-delà du concept limité de lutte contre la discrimination, il était une vertu plus positive et plus active, le respect des droits et de la dignité de l'homme, un esprit de tolérance en action. Mais au-dessus du combat contre la discrimination et pour la tolérance, il existe une exigence plus élevée encore, celle de la solidarité.

La solidarité est affaire à la fois personnelle et universelle, car elle soulève la question fondamentale du "moi" et de "l'autre". L'une des gloires de notre époque sera d'avoir vu naître la solidarité mondiale, imparfaite certes, et toujours à défendre, mais néanmoins réelle, dans la création des Nations Unies, dans l'inquiétude suscitée par l'apocalypse nucléaire, dans la volonté croissante partout dans le monde de protéger l'environnement, et dans la lutte contre le SIDA.

Nous devons être assez sages pour refuser de séparer la condition de quelques-uns du sort du plus grand nombre. Nous devons nous défendre contre la froideur qui conduit à l'indifférence pour le sort des peuples et des nations. Nous devons continuer à nous opposer aux aspects douloureux et inacceptables de la vie et de la société: l'ignorance, la crainte, la discrimination, les préjugés et la haine; les enfants abandonnés, la prostitution des enfants des deux sexes, des hommes et des femmes; la toxicomanie par voie intraveineuse; les souffrances de ceux qui sont infectés et malades et les souffrances de ceux qui partagent leur vie; la mort elle-même, enfin. Concernés par le SIDA, nous sommes entraînés à la solidarité. Cette solidarité nous donne la confiance nécessaire pour continuer de regarder le SIDA en face et d'être assurés que nous ne nous détournerons pas.

Nous avons besoin d'être réunis cette semaine à Montréal, car nous devons périodiquement raviver notre sens de l'unité, nous parler les uns aux autres et renouveler notre volonté d'échange par-delà toutes les frontières, celles de la race, de la religion, de la culture, de la langue, de la profession, de la préférence sexuelle, de notre état par rapport au VIH et de notre origine nationale. Ensemble, nous avons créé un mouvement mondial sans précédent, unissant villages, villes et nations. Ensemble, nous avons donné naissance à cet effort commun, tendus vers un objectif commun; cet effort doit être préservé et il doit bénéficier de tous nos soins, car si nous cessons de nous faire confiance et de nous soutenir les uns les autres, vers qui pourrions-nous nous tourner ? Le SIDA nous a appris que nous devons rechercher activement cette solidarité, sous peine de nous retrouver seuls.

A mesure que nous atteignons à la maturité en tant qu'individus, le sentiment inné de notre immortalité personnelle fait place peu à peu à la conscience que nous sommes mortels, et cette évolution nous aide dans notre recherche de la compréhension. A un certain moment, nous acceptons le sort commun de l'humanité et cette acceptation nous aide également à mieux comprendre. Sommes-nous maintenant – le monde est-il maintenant – assez mûr, assez sage, pour accepter que la solidarité, dans son sens le plus profond, exige que nous nous considérions nous-mêmes comme également infectés par le VIH et que nous puissions clamer que, sur le plan humain, nous sommes tous des séropositifs ?

Abordant la décennie 1990, nous sondons implicitement l'avenir, mesurant nos capacités et nos forces et éprouvant notre caractère face au défi. Le dynamisme de la science moderne nous inspire, l'internationalisme profond du combat mondial contre le SIDA nous fortifie et l'histoire remarquable des années 80 – celle de nos efforts personnels et collectifs – nous donne courage et confiance.

Alors que nombreuses sont les tragédies et les batailles qui, une fois éteintes, n'ont laissé aucune trace visible, aucune marque sur l'esprit du monde, nous savons que le SIDA, dans les années 1980, nous a changés, dans notre monde, dans nos pays, dans nos communautés et dans nos coeurs. De l'expérience des dix années qui s'achèvent, de la connaissance que nous avons chèrement acquise, nous savons que nous, et avec nous tous ceux qui pensent et travaillent et croient comme nous, ne ferons pas que survivre: nous vaincrons. Car, en fin de compte, nous avons besoin de l'enthousiasme et de la force des individus - de centaines et de milliers d'individus - qui illuminent le monde et notre avenir par leur humanité et leurs gestes de solidarité.



SIDA

Un effort mondial le vaincra