

36641

WHO/GPA/RES/SFI/91.4
Original: Anglais
Distr.: Générale

PROGRAMME
MONDIAL DE LUTTE
CONTRE LE **SIDA**

PANDEMIE D'INFECTION A VIH/SIDA:
SITUATION ACTUELLE
ET TENDANCES FUTURES

RECAPITULATION

AVRIL 1991



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE

TABLE DES MATIERES

Introduction	■	1
Généralités	■	2
Australasie, Amérique du Nord et Europe occidentale	■	5
Amérique latine et Caraïbes	■	6
Afrique subsaharienne	■	7
Asie du Sud et du Sud-Est	■	9
Asie de l'Est et Pacifique	■	10
Europe orientale et URSS	■	10
Afrique du Nord et Moyen-Orient	■	11
Estimations et projections concernant l'infection à VIH et le SIDA	■	12
Résumé et conclusions	■	13
Annexe	■	14

INTRODUCTION

Ce tableau mondial de la situation actuelle et des tendances futures relatives aux cas d'infection à VIH (virus de l'immunodéficience humaine) et de SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) tient compte des dernières données (avril 1991) du Programme mondial de Lutte contre le SIDA de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/GPA). Les données sur les cas de SIDA notifiées à l'OMS ont très peu servi; au mieux, elles donnent une idée des infections à VIH contractées il y a dix ans ou plus.

Ce document sera revu périodiquement; en effet toute donnée additionnelle peut servir à mieux analyser cette pandémie sans précédent.

Les figures ci-annexées montrent les divers aspects de la situation actuelle et des tendances futures concernant les cas d'infection à VIH et de SIDA.

GENERALITES

- Bien que l'on parle d'épidémie mondiale - de pandémie - d'infection à VIH/ SIDA, les cas ne sont pas disséminés de façon homogène à travers le monde.
- Il semble que l'épidémie ait véritablement éclaté à la fin des années 1970 ou au début des années 1980: a) chez les homosexuels ou bisexuels masculins et chez les toxicomanes par voie intraveineuse, dans certaines zones urbaines des Amériques, d'Australasie et d'Europe occidentale; et b) chez les hommes et femmes à partenaires multiples dans certaines régions des Caraïbes et d'Afrique centrale et orientale.
- Deux types de VIH ont été identifiés: le VIH-1 et le VIH-2, le virus le plus répandu dans le monde étant le VIH-1. C'est dans le courant des années 1980 que le VIH-2 a commencé à se propager largement, en Afrique occidentale principalement. Il semblerait que la transmissibilité et la pathogénicité du VIH-1 et du VIH-2 diffèrent; quoi qu'il en soit, les modes de transmission sont identiques, et les cas de SIDA dus aux infections à VIH-1 et ceux dus aux infections à VIH-2 sont cliniquement indifférenciables. Dans le présent document, on entendra par VIH le VIH-1.
- La pandémie d'infection à VIH/SIDA est constituée de multiples épidémies séparées (parfois même au sein d'un seul pays). Chaque épidémie commence à une période qui lui est propre et se caractérise par différents types et fréquences de comportements et pratiques à risque (notamment, vagabondage sexuel et partage de seringues pour s'injecter de la drogue).
- A ce jour, les études indiquent qu'environ 50% des adultes infectés par le VIH-1 développeront un SIDA dans les 10 ans qui suivent l'infection. Les données dont on dispose au-delà de 10 ans sont presque inexistantes; toutefois, il faut s'attendre à ce que la vaste majorité des personnes séropositives développent finalement un SIDA.
- On connaît moins l'histoire naturelle des infections à VIH-2; d'après ce que l'on a pu constater jusqu'à présent, les infections à VIH-2 évoluent plus lentement vers un SIDA que les infections à VIH-1.
- Il n'a jusqu'à présent été constaté aucune différence majeure dans le taux d'évolution de l'infection à VIH-1 vers un SIDA chez les adultes d'âge moyen, en fonction de la zone géographique, du sexe ou de la race. L'évolution vers un SIDA est plus rapide chez les enfants nés porteurs du virus qu'elle ne l'est chez les adultes.
- La quasi-totalité des personnes atteintes du SIDA meurent quelques années après la déclaration de la maladie. L'intervalle de temps entre le diagnostic du SIDA et la mort est plus long dans les pays industrialisés: la moyenne est passée de moins d'un an à environ 1-2 ans actuellement. Quoi qu'il en soit, cet intervalle reste court dans les pays en développement - environ 6 mois, voire moins; un délai de survie plus long semble directement lié à la prise systématique d'antiviraux, à l'utilisation de médicaments prophylactiques dans le cas de certaines infections opportunistes - comme la pneumocystose - et à une meilleure qualité générale des soins de santé.
- Au mois d'avril 1991, plus de 345 000 cas de SIDA avaient été notifiés à l'OMS, mais selon les estimations de l'Organisation, s'il est tenu compte des cas méconnus, de la sous-notification ou de la notification tardive, il y aurait à ce jour, dans le monde, plus d'un million d'adultes atteints du SIDA. De plus, début 1991, on estime à plus de 500 000 le nombre de cas de SIDA pédiatrique (transmission périnatale), plus de 90% de ce chiffre concernant l'Afrique subsaharienne. L'OMS estime donc à plus de 1,5 million le nombre cumulé de cas de SIDA dans le monde début 1991.

- En avril 1991, on estime à au moins 8-10 millions le nombre d'adultes ayant été infectés par le VIH depuis le début de la pandémie, et à un million, environ, le nombre d'enfants nés séropositifs.
- L'interaction éventuelle du VIH et d'autres agents infectieux est un problème de santé publique grave. La seule interaction notable identifiée jusqu'à maintenant se produit avec *Mycobacterium Tuberculosis*. Les personnes tuberculino-positives, également infectées par le VIH, développent une tuberculose clinique plus rapidement que les individus non infectés par le VIH. L'OMS estime à 3 millions ou plus le nombre d'adultes séropositifs, également atteints d'une infection à *Mycobacterium tuberculosis*, dans le monde, début 1991, en majorité en Afrique subsaharienne.
- Toutes les études continuent d'identifier trois principaux modes de transmission du VIH: a) par voie sexuelle, lors de rapports (vaginaux ou anaux) non protégés; b) par l'exposition à du sang, à des produits sanguins, à des organes ou à du sperme contaminés (exposition notamment lors de la réutilisation d'aiguilles, de seringues ou de tout autre instrument effractif mal stérilisés, et lors d'une transfusion de sang infecté); et c) transmission d'une mère infectée au fœtus ou au nourrisson (transmission périnatale).
- Dans les pays industrialisés, on a pratiquement réussi, en recherchant systématiquement les anticorps anti-VIH dans les dons de sang, à éliminer la transmission du VIH par exposition à du sang ou à des produits sanguins contaminés, problème auquel on s'attaque de plus en plus dans les pays en développement.
- On a craint un certain temps que le VIH puisse être transmis par les moustiques ou par tout autre insecte piqueur, mais les recherches en laboratoire et les études épidémiologiques démontrent qu'il n'en est rien.
- Début 1991, on estime à 70% le pourcentage mondial d'infections à VIH contractées lors de rapports vaginaux; la proportion hétérosexuels/homosexuels varie sensiblement selon les régions du globe.
- Au cours des années 1980, les principaux modes de transmission du VIH en Australasie, en Amérique du Nord et en Europe occidentale ont été les suivants: a) rapports sexuels non protégés entre homosexuels masculins à partenaires multiples; et b) exposition à du sang contaminé par le VIH lors du partage d'aiguilles et de seringues insuffisamment stérilisées, chez les toxicomanes qui se piquent.
- En Afrique subsaharienne, les rapports sexuels non protégés entre hétérosexuels à partenaires multiples ont constitué le mode de transmission prédominant. Vu le nombre croissant de femmes séropositives, la transmission périnatale pose un problème chaque jour plus grave.
- En Amérique latine, il y a augmentation du nombre d'hétérosexuels séropositifs, et parallèlement, progression de la transmission périnatale du VIH.
- Dans plusieurs pays d'Asie du Sud et du Sud-Est, on a assisté vers la fin des années 1980 à une propagation rapide du VIH chez les toxicomanes par voie intraveineuse et chez les hétérosexuels à partenaires multiples.
- Dans d'autres régions du globe, notamment dans l'Asie de l'Est et le Pacifique, l'Europe orientale et l'URSS, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient, il faut attendre avant de pouvoir déterminer les modes prédominants de transmission du VIH, qui n'a été introduit dans ces régions que relativement récemment (milieu-fin des années 1980).

- En 1987, tenant compte de ces larges schémas épidémiologiques de l'infection à VIH/SIDA, l'OMS a établi une classification épidémiologique de l'infection à VIH et des cas de SIDA dans le monde, d'après: a) l'époque où l'épidémie a éclaté sur le continent ou dans la région en question; et b) les modes de transmission du VIH prédominants (voir encadré).

Schéma I - Début de la propagation massive du VIH à la fin des années 1970-début des années 1980. Les groupes principalement touchés sont les homosexuels masculins et les toxicomanes par voie intraveineuse. La transmission hétérosexuelle gagne toutefois du terrain.

Schéma II - Début de la propagation massive du VIH à la fin des années 1970-début des années 1980. Prédominance, actuellement encore, de la transmission hétérosexuelle.

Schéma I/II - Début de la propagation massive du VIH à la fin des années 1970-début des années 1980. Au départ, les plus touchés étaient pour la plupart les homosexuels et les toxicomanes par voie intraveineuse mais, entre le milieu et la fin des années 1980, une large proportion des nouveaux cas d'infection à VIH était due à la transmission hétérosexuelle.

Schéma III - Introduction du VIH ou début de la propagation du virus entre le milieu et la fin des années 1980. Pour le moment, la prévalence globale du VIH demeure relativement basse dans la plupart des pays classés dans ce schéma.

- S'il est vrai que ces tableaux épidémiologiques ont été utiles dans les années 1980 pour la classification générale d'un pays ou d'une région, il a été reconnu dès le début qu'ils n'étaient pas uniformes et se modifieraient avec le temps. Dans la dernière moitié des années 1980, avec l'extension galopante de la pandémie de VIH, il est devenu de plus en plus difficile de maintenir la distinction entre ces tableaux épidémiologiques. Dans ce document, par conséquent, la situation actuelle de la pandémie de VIH/SIDA sera décrite par sections regroupant largement les zones géographiques à distribution et propagation du VIH/SIDA plus ou moins identiques actuellement.

AUSTRALASIE, AMERIQUE DU NORD ET EUROPE OCCIDENTALE

- Dans les pays industrialisés d'Australasie, d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale, la propagation massive des infections à VIH a commencé vers la fin des années 1970 ou au début des années 1980. Les groupes de population principalement touchés restent les homosexuels ou les bisexuels masculins et les toxicomanes par voie intraveineuse.
- Des différences marquées subsistent dans les proportions relatives de cas de SIDA chez les homosexuels masculins et chez les toxicomanes par voie intraveineuse. Sur la côte ouest des Etats-Unis, environ 90% des cas de SIDA ont été observés chez les homosexuels masculins, contre environ 60% seulement sur la côte est. La situation est tout aussi variée en Europe occidentale - en Scandinavie, les cas de SIDA concernent en majorité les homosexuels masculins, contre la moitié seulement en Espagne et en Italie.
- L'incidence de l'infection à VIH chez les homosexuels masculins semble avoir considérablement baissé depuis le milieu des années 1980. Néanmoins, les toxicomanes par voie intraveineuse sont partout nombreux et le VIH pourrait se propager d'une manière explosive dans ces populations si elles continuent à partager les seringues pour s'injecter de la drogue. La transmission hétérosexuelle a lentement, mais de façon régulière, gagné du terrain dans la seconde moitié des années 1980, surtout dans les populations urbaines où les toxicomanes sont en nombre important et les taux de MST élevés. En 1985, environ 3% de tous les cas de SIDA notifiés aux Etats-Unis d'Amérique étaient dus à la transmission hétérosexuelle. Ce pourcentage n'a cessé d'augmenter au fil des années, de sorte qu'en 1988, il était d'environ 5%, et de près de 8% au cours du premier semestre 1990.
- Début 1991, on estime à un million et demi le nombre de cas d'infections par le VIH qui, depuis le début de la pandémie, se seraient déclarés en Australasie, Amérique du Nord et Europe occidentale, dont environ les deux-tiers - soit un million de personnes, aux Etats-Unis d'Amérique. En Australasie, Amérique du Nord et Europe occidentale, plus de 200 000 cas de SIDA ont été notifiés, mais, début 1991, le nombre de personnes atteintes du SIDA pourrait être de 250 000, voire plus.
- La transmission périnatale, qui n'était pas considérée comme un problème majeur dans les années 1980, gagne de plus en plus de terrain, le nombre de femmes infectées par le VIH ayant augmenté. On estime qu'aux Etats-Unis, le nombre d'enfants, qui seraient nés de mères positives depuis le début de l'épidémie jusqu'en 1990, pourrait atteindre 20 000.
- Dans nombre de grandes villes d'Australasie, d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale, le SIDA est devenu l'une des principales causes de décès chez les adultes jeunes de 20 à 40 ans. Au cours des années 1990, les maladies associées au VIH deviendront l'une des principales causes de décès, sinon la première, dans ce groupe d'âges. Dès 1988, le SIDA constituait déjà la principale cause de décès chez les hommes et femmes de 25 à 34 ans dans la ville de New-York.
- Au cours des années 1990, les homosexuels masculins et les toxicomanes par voie intraveineuse resteront, dans ces pays, les deux groupes de population les plus touchés par le SIDA; on s'attend toutefois à un changement au niveau de l'incidence du VIH, avec l'apparition de nouveaux cas d'infection principalement chez les hétérosexuels à partenaires multiples.

- Dans ces pays, le coût annuel des soins de santé pour les maladies associées au VIH au début des années 1990 pourrait se chiffrer à plusieurs milliards de dollars des Etats-Unis, voire plus. Ces coûts pourraient encore s'accroître à mesure qu'apparaissent des traitements nouveaux, plus efficaces, mais plus onéreux, et qu'augmente le nombre des maladies associées au VIH.
- Quel que soit le succès des programmes de lutte contre le VIH/SIDA, presque toutes les prévisions de dépenses relatives au traitement médical du SIDA seront réalisées, puisque environ 90% des cas de SIDA censés se déclarer dans les 4 à 5 prochaines années toucheront des personnes déjà infectées aujourd'hui.

AMERIQUE LATINE ET CARAIBES

- Le schéma épidémiologique en Amérique latine évolue rapidement; ce ne sont plus seulement les homosexuels et bisexuels masculins qui sont touchés par le VIH, mais également, de plus en plus, les hétérosexuels. La transmission du VIH chez les toxicomanes qui se piquent semble également gagner du terrain dans certains pays; dans certaines régions d'Argentine, du Brésil et d'Uruguay, on a découvert que 20% ou plus des toxicomanes par voie intraveineuse sont infectés par le VIH.
- Le VIH a commencé à se propager largement au début des années 1980. Dans un premier temps, les groupes de population principalement touchés étaient les homosexuels et les bisexuels masculins, ainsi que les toxicomanes par voie intraveineuse habitant les grandes villes, schéma que l'on retrouve encore en Australasie, en Amérique du Nord et en Europe occidentale.
- Dès le milieu des années 1980, dans nombre de pays de cette région, la transmission hétérosexuelle gagne du terrain au point de devenir un mode de transmission important, sinon le plus important, du VIH (principalement, transmission d'un bisexuel à son partenaire hétérosexuel, et d'une prostituée à son client).
- En 1989, une étude au Honduras a montré un taux de prévalence du VIH proche de 20% chez plusieurs centaines de prostituées; en 1990, une étude réalisée auprès d'un groupe analogue révélait une prévalence d'environ 35%.
- En Amérique centrale, les taux de cas de SIDA clinique notifiés chez les femmes ont augmenté d'un facteur 40 au cours des quatre dernières années. Une étude à Haïti a montré qu'une femme enceinte sur 10 était infectée par le VIH. Les taux d'infection à VIH chez les femmes enceintes sont en augmentation au Brésil et aux Caraïbes. L'augmentation de la prévalence de l'infection à VIH chez les femmes en âge de procréer entraînera une augmentation de la transmission au fœtus et au nouveau-né. D'après des analyses récentes, déjà 10 000 enfants sont nés séropositifs en Amérique latine.
- Il est difficile d'estimer, par manque de données, le total des infections à VIH en Amérique latine et aux Caraïbes, mais début 1991, on estime que le nombre cumulé de sujets infectés avoisine le million. Le nombre total estimatif de cas de SIDA chez les adultes est légèrement supérieur à 100 000.
- La prise en charge des centaines de milliers de cas de SIDA dans les années à venir constituera un défi immense pour ces pays disposant déjà de systèmes de santé plus qu'insuffisants, et constituera un lourd fardeau économique. A titre d'exemple, on estime qu'un traitement du SIDA en Amérique latine et aux Caraïbes à base de médicaments appropriés comme la zidovudine (AZT) aurait, en 1990, coûté au moins 32 millions de dollars des Etats-Unis, somme dépassant largement les moyens financiers de la plupart des pays d'Amérique latine et des Caraïbes.

AFRIQUE SUBSAHARIENNE

- Si certains éléments permettent de penser que la présence de l'infection à VIH remonte à plusieurs dizaines d'années, la plupart des données épidémiologiques et cliniques indiquent que c'est vers la fin des années 1970 que le VIH a commencé à se propager largement en Afrique subsaharienne. La transmission hétérosexuelle demeure le principal mode de transmission.
- Dans ces pays, la transmission par contact avec du sang infecté reste relativement limitée (probablement moins de 10% de toutes les infections à VIH), mais n'en constitue pas moins un important problème de santé publique, lequel tend à s'atténuer avec la recherche de plus en plus systématique des anticorps anti-VIH dans les dons de sang en vue des transfusions sanguines.
- Certaines pratiques telles que la circoncision et l'excision, la scarification rituelle, et l'emploi d'aiguilles et de seringues non stérilisées, ne seraient que pour une faible part responsables des infections à VIH en Afrique subsaharienne.
- Les taux élevés d'autres MST, notamment celles qui, comme le chancre mou ou la syphilis, sont responsables d'ulcérations ont, semble-t-il, largement contribué à la propagation des infections à VIH par voie hétérosexuelle dans cette région.
- La transmission hétérosexuelle étant prédominante, il y a à peu près autant d'hommes que de femmes infectés par le VIH. Comme il en va pour les autres maladies sexuellement transmissibles, le nombre de femmes infectées par le VIH est quelque peu supérieur, ce qui peut s'expliquer par certains facteurs sociologiques et biologiques bien précis; le rapport homme/femme est environ de 1/1,2.
- En raison de la séropositivité VIH d'un grand nombre de femmes en âge de procréer, la transmission du VIH de la mère infectée à l'enfant pendant ou juste après l'accouchement (transmission périnatale) est un problème déjà largement répandu et qui gagne du terrain en Afrique subsaharienne.
- C'est qu'en 1987 que la plupart des pays africains ont commencé à systématiquement notifier à l'OMS les cas de SIDA; depuis 1989, les notifications se sont nettement améliorées. Au mois d'avril 1991, le nombre cumulé des cas de SIDA notifiés était supérieur à 86 000.
- Début 1991, en tenant compte des cas méconnus, de la sous-notification et de la notification tardive, l'OMS estime à 800 000 le nombre total d'adultes atteints du SIDA en Afrique subsaharienne, soit environ les deux-tiers du total estimatif dans le monde.
- D'après les estimations de l'OMS, les pays d'Afrique subsaharienne comptaient en 1987 environ 2,5 millions d'individus infectés par le VIH. Début 1991, le nombre estimatif cumulé d'adultes présentant une séropositivité VIH pourrait avoisiner, au bas mot, les 6 millions.
- En 1987, environ deux-tiers des sujets infectés par le VIH se trouvaient dans 9 pays d'Afrique orientale et centrale, ces pays réunissant seulement un sixième de l'ensemble de la population de l'Afrique subsaharienne. Actuellement encore, c'est en Afrique orientale et centrale que l'on recense le plus grand nombre de cas d'infection à VIH.
- En 1987, les populations urbaines étaient les plus touchées par l'infection; l'épidémie atteint maintenant de plus en plus les zones rurales, là où se trouve concentrée la plus grande partie de la population.

- Début 1991, entre un quart et un tiers de l'ensemble des adultes entre 15 et 49 ans vivant dans les grands centres urbains d'Afrique orientale et centrale étaient infectés par le VIH. Tenant compte des données d'une grande enquête à assise communautaire, on a estimé à plus de 750 000 le nombre d'adultes infectés par le VIH rien qu'en Ouganda à la fin de 1988.
- On a constaté une prévalence modérée du VIH-2 ainsi qu'une augmentation sensible de la prévalence du VIH-1 dans nombre de pays d'Afrique occidentale. Par exemple, à Abidjan, en Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH-1 chez les adultes est passée d'environ 1% à plus de 7% au cours des quatre dernières années. Vers la fin des années 1980, le nombre de cas notifiés en Afrique occidentale a augmenté régulièrement: courant avril 1991, on dénombrait près de 7 000 cas de SIDA en Côte d'Ivoire.
- Selon les estimations, début 1991, environ 900 000 nourrissons seront nés infectés par le VIH en Afrique depuis le début de la pandémie, chiffre qui pourrait atteindre 10 millions ou plus à la fin des années 1990.
- Les projections concernant le nombre de nourrissons infectés par le VIH ont été établies sur la base d'un taux de transmission périnatale de l'ordre de 30%. Certes, ce taux peut augmenter avec le temps, mais il donne néanmoins à penser que jusqu'à 70% des enfants qui auront été portés par des mères infectées par le VIH naîtront non infectés. Ces nourrissons iront grossir le nombre des orphelins, puisque la plupart des mères infectées mourront du SIDA dans les 5 à 10 ans qui suivront la naissance de leur enfant. Dans les années 1990, on s'attend en Afrique à ce que plus de 10 millions d'enfants âgés de moins de 10 ans soient orphelins de mère à cause du SIDA.
- D'après les prévisions, il se peut que les taux de mortalité infanto-juvénile doublent en Afrique subsaharienne au cours des années 1990; les progrès accomplis dans le domaine de la protection infantile au cours des 20 dernières années seraient alors anéantis et ce, dans nombre de pays.
- Dans les années 1990, l'impact du SIDA sera plus sensible dans les grandes zones urbaines des pays de l'Afrique subsaharienne, notamment en Afrique centrale et orientale. Dans ces centres urbains, les décès de jeunes enfants et d'adultes âgés de 15 à 49 ans imputables au SIDA pourraient bien réduire de plus de 30% la croissance démographique prévue. Le taux de mortalité chez les adultes sera multiplié par 3 ou plus. Néanmoins, l'accroissement démographique dans ces pays devrait se poursuivre au cours de cette décennie.
- L'impact économique et social d'une maladie qui emporte les individus à l'âge le plus productif sera incalculable. L'impact sur les adultes jeunes et d'âge moyen, notamment les membres des élites sociales, économiques ou politiques, pourrait entraîner une déstabilisation économique, voire politique.
- En Afrique subsaharienne, les systèmes de santé et l'aide sociale pourraient s'avérer inadaptés, ne pouvant faire face avec toute l'efficacité voulue au fardeau actuel des maladies associées au VIH. Les malades atteints du SIDA représentent déjà entre 20 et 40% de tous les malades hospitalisés dans la plupart des grands hôpitaux urbains d'Afrique centrale et orientale.
- Pour faire face à cette épidémie sans précédent, il faudra pouvoir compter sur des ressources supplémentaires importantes, afin que les pays d'Afrique subsaharienne puissent continuer de renforcer les programmes de lutte contre le VIH/SIDA, et de prendre en charge le nombre sans cesse croissant de malades atteints du SIDA.

ASIE DU SUD ET DU SUD-EST

- La propagation du VIH n'a commencé à prendre de l'ampleur que vers le milieu des années 1980 ou un peu plus tard, mais l'infection s'est rapidement répandue dans certains groupes de population dont le comportement les exposait fortement au risque d'acquérir ou de transmettre le VIH.
- En Asie du Sud-Est, le VIH s'est dans un premier temps propagé essentiellement parmi les toxicomanes qui se piquent, avec des taux de prévalence dans certains groupes atteignant environ 50% à Bangkok (Thaïlande), 30% à Yangon (Myanmar) et 10% dans la province du Yunnan (Chine). On a également enregistré des taux de prévalence d'au moins 10% lors de quelques études effectuées dans les régions voisines. La transmission hétérosexuelle a toutefois rapidement gagné du terrain chez les personnes à partenaires multiples, au point de constituer dès 1989 le mode prédominant de transmission du VIH.
- En Asie du Sud, la transmission est principalement hétérosexuelle. Au cours des deux années écoulées, on estime, au vu des données disponibles, que le nombre d'individus ayant contracté l'infection dans plusieurs des grandes villes de cette région pourrait atteindre 250 000. On estime maintenant qu'environ 20%, voire plus, des prostituées de Bombay, dont on évalue le nombre à 100 000 - 300 000 sont porteuses du virus. Parmi les populations à haut risque de Madras et de Puna, le taux d'infection, bien que plus faible, reste important. De plus, la transmission liée à la prise de drogue par voie intraveineuse fait son apparition; on a récemment enregistré des taux de prévalence du VIH supérieurs à 50% parmi les toxicomanes qui se piquent au Manipur, dans le Nord-Est de l'Inde.
- Début 1990, le Gouvernement thaïlandais a, conjointement avec l'OMS, estimé à au moins 50 000 le nombre des personnes infectées par le VIH en Thaïlande. Un an après, il est probable que ce nombre dépasse les 100 000. Cette dernière estimation est 3 à 4 fois supérieure au nombre estimatif de sujets séropositifs au Royaume-Uni, pays dont la population est sensiblement égale à celle de la Thaïlande. On prévoit qu'avant 1995, il y aura plus de 10 000 cas de SIDA en Thaïlande, même si moins de 100 cas ont été signalés jusqu'ici.
- La pandémie, dans cette région, n'en est donc qu'à ses débuts, mais tout indique qu'elle prend rapidement de l'ampleur. Compte tenu des données obtenues il y a 6-12 mois, on estime à 500 000 (estimation basse) le nombre de cas d'infection à VIH dans l'Asie du Sud et du Sud-Est, recensés en majorité en Inde et en Thaïlande. Certains rapports plus récents sur les cas d'infection à VIH au sein de certains groupes de population donnent à penser que le nombre de cas pourrait être de deux à trois fois supérieur au chiffre cité ci-dessus.
- Il est à craindre que la pandémie s'étende en Asie du Sud et du Sud-Est à la même vitesse qu'en Afrique subsaharienne au début des années 1980, voire plus rapidement encore, la population adulte étant d'environ 500 millions d'habitants contre 225 millions en Afrique subsaharienne.

* * *

- On n'a pas encore établi de façon définitive quels sont les modes prédominants de transmission du VIH dans le reste du monde, du fait que le virus n'y a fait que récemment son apparition. Toutefois, d'importants foyers de transmission ont été signalés dans plusieurs secteurs depuis le milieu des années 1980.

ASIE DE L'EST ET PACIFIQUE

- D'après les données limitées dont on dispose, le nombre de cas de SIDA signalés jusqu'ici, qui est inférieur à 500, reflète avec assez d'exactitude la situation actuelle de la maladie en Asie de l'Est et dans le Pacifique. Il s'agit pour une grande part d'hémophiles ayant subi une transfusion de produits sanguins contaminés par le VIH entre le début et le milieu des années 1980. Toutefois, on estime que le nombre de personnes infectées est au moins de plusieurs dizaines de milliers, aussi peut-on s'attendre à ce que le nombre de cas de SIDA augmente notablement au cours de la décennie actuelle.
- La Province chinoise du Yunnan jouxte la région de l'Asie du Sud-Est et l'on peut considérer que l'épidémie d'infections à VIH chez les toxicomanes de cette province qui utilisent la voie intraveineuse, fait partie de l'épidémie de l'Asie du Sud-Est. Toutefois, la flambée d'infections observée au Yunnan est là pour nous rappeler que dans les régions jusqu'ici relativement épargnées par la pandémie, l'existence de comportements à haut risque peut provoquer un retournement brusque de la situation.

EUROPE ORIENTALE ET URSS

- Deux pays, la Roumanie et l'URSS, connaissent des flambées localisées de cas d'infection à VIH parmi les nourrissons et les jeunes enfants; elles sont la conséquence de négligences dans la pratique médicale - utilisation de matériel pour injections mal stérilisé ou usage impropre de sang et de produits sanguins sur lesquels on n'avait pas procédé à la recherche des anticorps anti-VIH. Dans le cas de l'URSS, c'est plusieurs centaines d'enfants qui ont été infectés; dans le cas de la Roumanie, on pense que le nombre d'enfants porteurs du VIH pourrait atteindre 1 000 à 2 000.
- En 1989, on signalait en Pologne une prévalence d'infections à VIH d'environ 10% parmi les toxicomanes utilisant la voie intraveineuse. Comme il y a eu peu d'autres études épidémiologiques sur ces groupes, dont le résultat ait été communiqué, l'ampleur potentielle du problème posé par la séropositivité VIH ou le SIDA parmi ces toxicomanes en Europe orientale et en URSS reste mal connu.
- Il reste à voir si les bouleversements sociaux et politiques dont l'Europe orientale et l'URSS ont été le théâtre récemment, modifieront l'épidémiologie de l'infection et de la maladie dans cette région. Il faudra donc surveiller la situation avec beaucoup d'attention.
- Les programmes de lutte contre le VIH/SIDA dans ces pays devront encore être renforcés au cours des prochaines années. Outre la mise au point de programmes d'enseignement sur l'infection à VIH et le SIDA à l'intention des soignants et du grand public, il faudra accorder une priorité élevée à l'amélioration des soins afin d'éviter que ne se produisent d'autres flambées d'infections transmises par le sang telles que l'infection à VIH.

AFRIQUE DU NORD ET MOYEN-ORIENT

- Bien que l'OMS n'ait connaissance que de rares études sur la question, il semble que le VIH ait commencé à se propager largement dans certaines régions de l'Afrique du Nord et du Moyen-Orient.
- En 1989, la prévalence de l'infection à VIH dépassait 1% parmi les prostituées d'un pays d'Afrique du Nord. La même année, on a signalé dans un état du Golfe une prévalence d'environ 14% parmi les toxicomanes utilisant la voie intraveineuse et connus des pouvoirs publics.
- On est peu renseigné sur l'ampleur des comportements à risque en Afrique du Nord et au Moyen-Orient, si ce n'est indirectement. Par exemple, on a isolé des *Neisseria gonorrhoeae* pénicillino-résistantes dans la Péninsule arabique et certains rapports indiquent la présence d'un nombre non négligeable de cas de MST dans cette région. Il semblerait également qu'il y ait un trafic notable de drogues telles que l'héroïne dans certains endroits de cette région.

ESTIMATIONS ET PROJECTIONS CONCERNANT L'INFECTION A VIH ET LE SIDA

- Depuis la découverte de la maladie au début des années 1980, des incertitudes demeurent quant au potentiel de propagation du VIH et aux dimensions que la pandémie qu'il suscite va finir par prendre.
- Les principales incertitudes sont les suivantes: a) quelles seront la date et l'amplitude du maximum de prévalence dans les différentes populations à risque des diverses régions géographiques et b) à quel rythme et dans quelle proportion les enfants et les adultes infectés finiront par développer un SIDA et à en mourir. En dépit de ces incertitudes, on a pu mettre au point divers méthodes et modèles qui permettent des estimations et des projections de la pandémie.
- Dans les pays où la déclaration du SIDA se fait en temps voulu et de façon relativement fiable, on peut procéder à des projections à court terme (moins de 3 ans) de l'épidémie de SIDA avec une exactitude convenable, en extrapolant le nombre de cas de SIDA signalés en fonction de la tendance observée et après correction des erreurs de notification.
- L'OMS a mis au point un modèle simple permettant d'effectuer des projections à court terme (moins de 5 ans) et qui utilisent les données suivantes: a) estimation de la prévalence du VIH sur une année donnée; b) estimation de l'année au cours de laquelle l'infection a commencé à largement se répandre et c) estimation du taux annuel d'évolution de la séropositivité vers la maladie. Ce modèle est particulièrement utile pour les pays où la déclaration du SIDA est relativement incomplète.
- L'OMS utilise les estimations de prévalence que lui communiquent les autorités nationales ou à défaut, elle procède à ses propres estimations. Les chiffres utilisés pour effectuer ces projections sont basés sur la limite inférieure de la fourchette de sorte que les résultats de cette modélisation sont probablement en dessous de la réalité.
- Il est difficile de mettre au point des méthodes et des modèles fiables permettant une projection de l'incidence de l'infection à VIH dans l'avenir immédiat ou à plus long terme. On a néanmoins tenté de prédire les tendances futures de l'infection et de sa prévalence.
- Fin 1988, l'OMS a utilisé la méthode d'enquête dite "Delphi" pour tenter de prédire la situation mondiale des infections à VIH d'ici l'an 2000. Les participants à cette enquête, à savoir un groupe de spécialistes en épidémiologie du VIH/SIDA ont estimé qu'en l'an 2000, le nombre cumulé d'adultes infectés par le VIH dans l'ensemble du monde atteindrait 15 à 20 millions.
- Depuis 1988, on a recueilli une somme importante de données qui montrent qu'en Afrique subsaharienne ainsi qu'en Asie du Sud et du Sud-Est la prévalence des infections à VIH augmente très sensiblement et qu'en outre, les résultats de l'enquête Delphi pourraient être très en dessous de la réalité. D'après des données récentes, ces trois dernières années, environ 3 millions de nouveaux cas d'infection à VIH se seraient déclarés, pour la plupart dans ces deux régions. La projection Delphi de 15 à 20 millions de cas cumulés d'infections à VIH chez les adultes pourrait être atteinte entre le milieu et la fin de la décennie en cours si l'incidence estimative actuelle du VIH dans les pays en développement se maintient.

- Même si l'on ne peut pas encore prédire de façon fiable les dimensions que finira par prendre à longue échéance la pandémie d'infections à VIH et de SIDA, il est tout de même possible de déduire des données actuelles sur l'état de la pandémie à l'échelon mondial dans quelles limites se situeront vraisemblablement le nombre de nouvelles infections à VIH au cours des années 1990. A la lumière de ces données, on peut s'attendre, au cours des années 1990, à 10-20 millions de nouvelles infections à VIH chez l'adulte, pour la plupart dans des pays en voie de développement. Au cours de la même décennie, d'après l'OMS, 10 millions d'enfants, voire plus, seront nés séropositifs, pour la plupart en Afrique subsaharienne.
- Pour ce qui est de l'an 2000, les projections récentes de l'OMS font état d'un total cumulé de cas d'infections chez les hommes, les femmes et les enfants d'environ 40 millions, dont plus de 90% dans les pays en développement; pour le total cumulé des cas de SIDA chez l'adulte, la projection avoisine les 10 millions, dont près de 90% dans les pays en développement.

RESUME ET CONCLUSIONS

- Les moyens essentiels d'intervention dont on dispose pour empêcher le VIH de continuer à se propager consistent encore et toujours dans des stratégies éducatives visant à modifier ou à éliminer les comportements à risque.
- L'évolution très marquée de la pandémie d'infections à VIH au cours de cette première décennie est due à son caractère dynamique. En Australasie, en Amérique du Nord et en Europe occidentale, l'incidence des infections à VIH, autrement dit le rythme des nouvelles infections, est en recul alors que dans nombre de pays en développement elle continue à augmenter.
- Au cours des dix prochaines années, le SIDA va avoir un impact très sélectif et très marqué sur les taux de mortalité des adultes jeunes et des adultes d'âge moyen, tant dans les pays industrialisés que dans de nombreux pays en développement. Il est probable que la hausse de la mortalité infanto-juvénile imputable au SIDA effacera largement le gain réalisé dans ce domaine au cours des deux décennies précédentes grâce aux programmes de protection de l'enfance dans de nombreux pays en développement.
- En guise de bilan de cette première décennie, on peut dire que ce qui apparaissait au premier abord comme une épidémie plus ou moins circonscrite aux homosexuels de sexe masculin et aux toxicomanes utilisant la voie intraveineuse dans les pays industrialisés, a fini par prendre les dimensions d'une pandémie qui atteint un nombre toujours plus élevé d'hommes et de femmes hétérosexuels dans les pays en développement.

ANNEXE

Figure 1

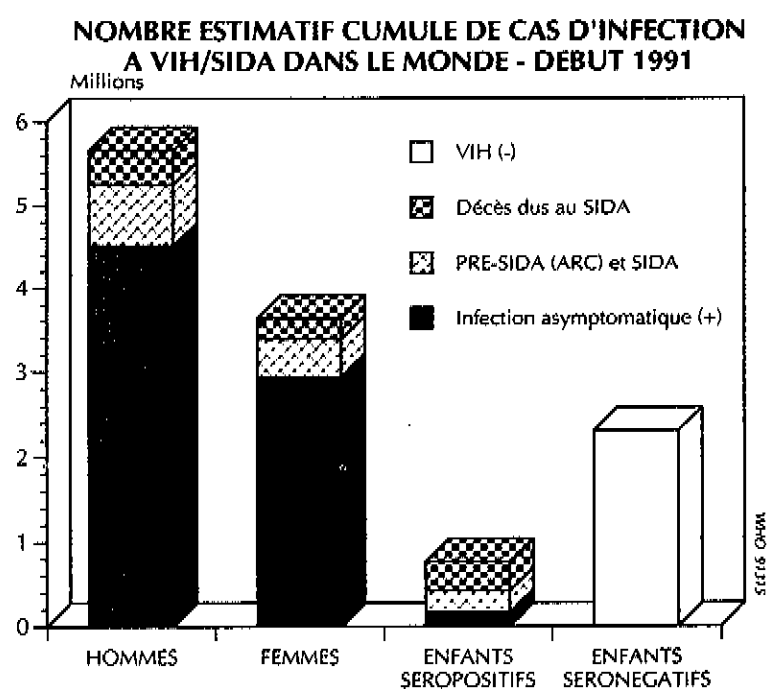


Figure 2

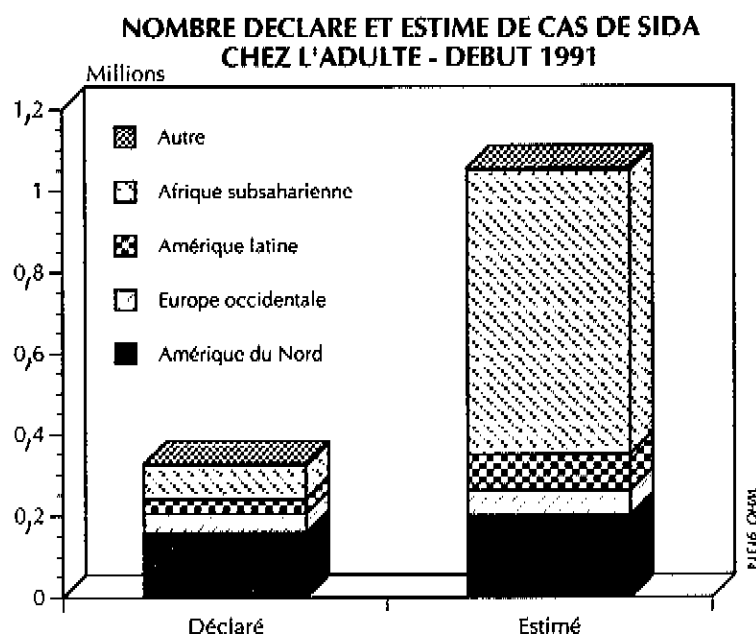
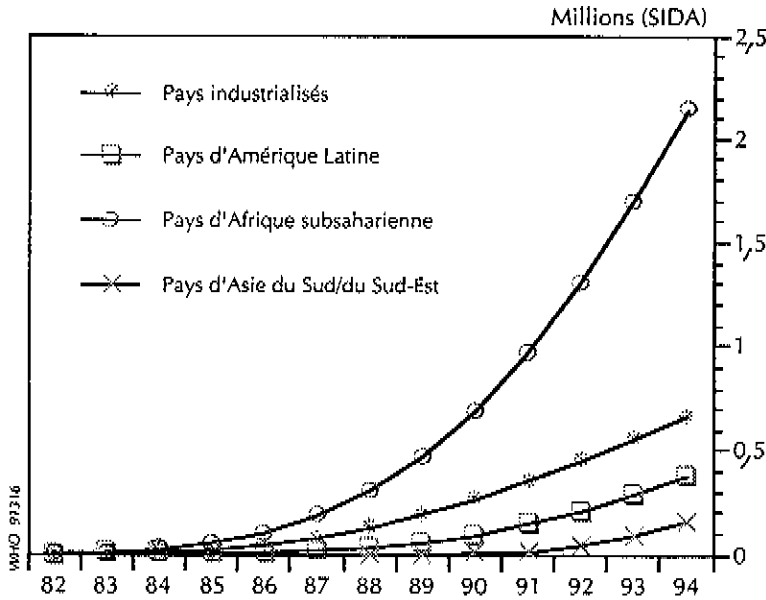
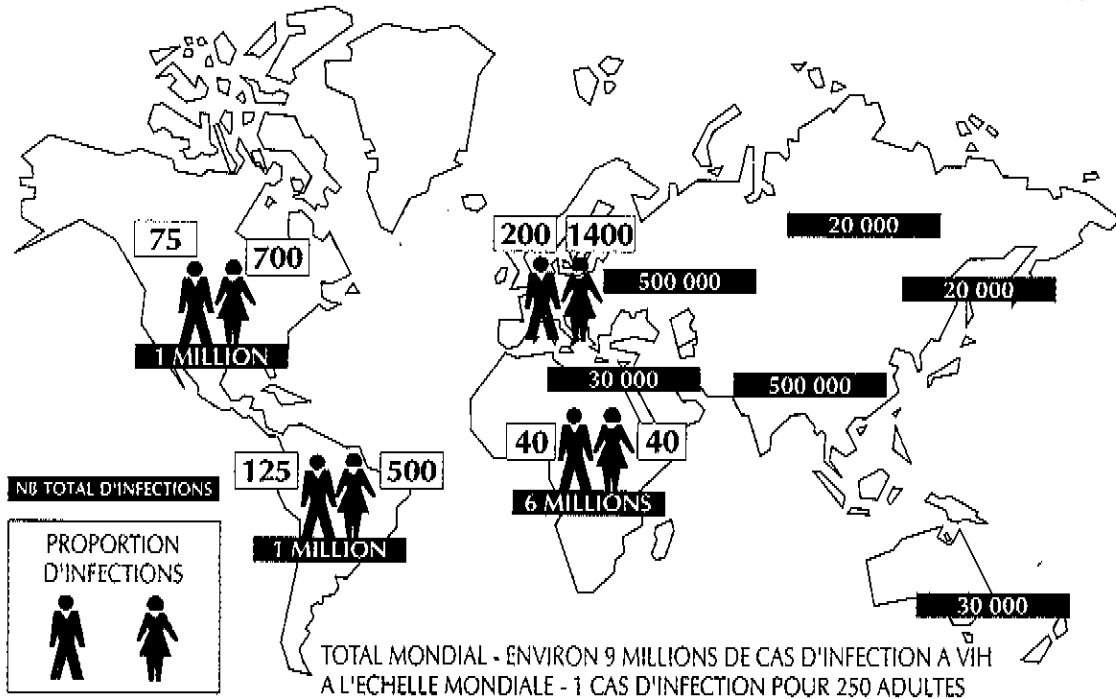


Figure 3
NOMBRE CUMULE ESTIMATIF/PROJECTIONS DE CAS DE SIDA CHEZ L'ADULTE



Ces estimations et projections du nombre de cas de SIDA chez les adultes sont tirées de la prévalence estimative de l'infection à VIH pour 1990 en utilisant un modèle établi par l'OMS pour la projection à court terme des cas de SIDA. La projection mondiale cumulée pour le milieu des années 1990 se situe à environ 4 millions de cas de SIDA chez l'adulte.

Figure 4
REPARTITION ESTIMATIVE MONDIALE DES CAS D'INFECTION A VIH CHEZ L'ADULTE - 1991



Le nombre total cumulé estimatif d'adultes infectés par le VIH dans l'ensemble du monde en 1991 est d'environ 9 millions, ce qui signifie que, à l'échelon de la population mondiale, un adulte sur 250 est porteur du virus. Les taux d'infection varient très sensiblement d'une région du monde à l'autre. Les plus élevés s'observent en Afrique subsaharienne où l'on estime qu'un homme et une femme sur 40 sont infectés, le nombre estimatif total de cas étant d'environ 6 millions.