
PROGRAMME
MONDIAL DE LUTTE
CONTRE LE **SIDA**

PANDEMIE DE VIH/SIDA: SITUATION ACTUELLE
ET TENDANCES FUTURES

RECAPITULATION

SEPTEMBRE 1990



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE

TABLE DES MATIERES

Introduction	■	1
Généralités	■	2
Pays occidentaux industrialisés	■	4
Caraïbes et Amérique latine	■	5
Afrique subsaharienne	■	6
Régions du schéma III	■	8
Annexe	■	11

INTRODUCTION

Ce tableau mondial de la situation actuelle et des tendances futures concernant les cas d'infection à VIH et de SIDA tient compte des dernières données (septembre 1990) du Programme mondial de Lutte contre le SIDA de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/GPA). Les cas de SIDA officiellement notifiés à l'OMS/GPA n'ont que très peu servi puisqu'ils ne donnent qu'une image déformée dans le temps des infections à VIH contractées il y a 10 ans ou plus.

La séroprévalence du VIH a été estimée par des épidémiologistes nationaux et l'OMS/GPA à partir des données disponibles. Pour les pays africains, une importante base de données informatisées contenant à la fois la totalité des études publiées et les données officielles de l'OMS/GPA a servi à ces estimations. Une base de données analogue a été mise au point au milieu de 1990 pour tous les pays d'Asie et du Pacifique occidental.

Un modèle épidémiologique conçu par l'OMS/GPA a permis de réaliser des projections à court terme (inférieures à 5 ans) pour les cas de SIDA de l'adulte et de l'enfant. A plus long terme, des projections de la prévalence du VIH ont été calculées au moyen d'une étude Delphi réalisée par l'OMS/GPA entre la fin de 1988 et le début de 1989. En règle générale, ce sont les plus faibles estimations de la séroprévalence du VIH qui ont servi à l'établissement de modèles, de sorte que les estimations et projections de l'OMS/GPA devront être considérées comme optimistes. Il conviendra en effet de les revoir périodiquement à mesure que viendront s'ajouter de nouvelles données pour permettre de mieux comprendre la situation actuelle et les tendances à venir de cette pandémie sans précédent.

GENERALITES

- Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est essentiellement transmis à l'occasion de rapports sexuels (vaginaux ou anaux).
- Il existe deux types de VIH: le VIH-1 et le VIH-2. Dans le présent document, sauf indication contraire, on entendra par VIH le VIH-1. C'est surtout en Afrique de l'Ouest que l'on rencontre le VIH-2; ses modes de transmission semblent identiques à ceux du VIH-1, mais on ignore encore si son pouvoir pathogène est aussi fort.
- La pandémie du VIH/SIDA est constituée de multiples épidémies séparées (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 à haut risque (par exemple, répartition et nombre des individus – homosexuels ou hétérosexuels – pratiquant le vagabondage sexuel et des toxicomanes par voie intraveineuse partageant le matériel d'injection).
- Jusqu'à la moitié des années 1980, la transmission du VIH par du sang ou des produits sanguins infectés était relativement limitée, encore qu'importante, dans les pays industrialisés; en 1990, on constate que la plupart des pays en développement sont de plus en plus aux prises avec ce problème.
- Les études réalisées à ce jour montrent que dans environ 50% des cas, le VIH présent chez les adultes évoluera en SIDA dans les 10 années qui suivent l'infection. Il n'existe aucune donnée au-delà de 10 ans, mais l'on prévoit que chez la grande majorité des sujets infectés, le VIH finira par évoluer en SIDA. En ce qui concerne les adultes d'âge moyen, les taux de progression n'ont guère varié selon la région géographique ou la race. En revanche, chez les nourrissons infectés par voie périnatale, les taux progressent plus rapidement que chez les adultes.
- On ignore encore si l'histoire naturelle de l'infection à VIH diffère sensiblement selon qu'il s'agit de l'homme ou de la femme, et il est extrêmement difficile de prévoir et de réaliser des études détaillées pour répondre à cette question. Certains rapports laissent entendre que la grossesse pourrait accélérer la progression clinique de l'infection à VIH, alors que d'autres observations contredisent ces conclusions.
- La quasi-totalité des personnes chez lesquelles on a diagnostiqué un SIDA meurent en quelques années, mais les délais de survie après le diagnostic sont passés dans les pays industrialisés de moins de 1 an à 1 à 2 ans aujourd'hui. Dans les pays en développement, la survie est brève, environ 6 mois, voire moins. Il semblerait que cet état de choses soit directement lié à l'emploi systématique d'antiviraux ou de médicaments prophylactiques et à la qualité générale des soins.
- En 1990, environ 60% de l'ensemble des infections à VIH avaient été transmises à l'occasion de rapports vaginaux; la proportion hétérosexuels/homosexuels varie sensiblement selon les régions du monde.
- La pandémie de VIH est dynamique et a considérablement évolué au cours de la première décennie. Dans la plupart des pays industrialisés, on assiste à une régression de l'incidence des nouvelles infections, alors que dans un grand nombre de pays en développement, cette incidence progresse à un rythme alarmant. Il faudra probablement attendre plusieurs dizaines d'années au moins avant que la prévalence mondiale des infections à VIH ne se stabilise.
- En septembre 1990, plus de 280 000 cas de SIDA avaient été notifiés à l'OMS. Cependant, en raison du nombre de cas méconnus, de la sous-notification et des retards inhérents à la notification, l'OMS estime que plus de 800 000 adultes pourraient être atteints de SIDA. Fin 1990, toujours selon les estimations de l'OMS, au moins 8 à 10 millions d'adultes devraient être infectés par le VIH dans le monde.

- Fin 1990, les cas de SIDA pédiatrique imputables à la transmission périnatale étaient estimés à plus de 400 000, dont plus de 90% pour l'Afrique au sud du Sahara, ce qui porte le nombre total cumulé de cas de SIDA dans le monde à plus de 1,2 million.
- Pratiquement toutes les projections à court terme (moins de 5 ans) montrent que le nombre de cas de SIDA doublera, voire triplera dans la plupart des régions du monde. Au-delà de 5 ans, les projections sont plus difficiles à réaliser, mais les projections Delphi de l'OMS (moyenne des estimations effectuées par des spécialistes) indiquent que d'ici l'an 2000, le nombre total cumulé de sujets infectés par le VIH pourrait être de 15 à 20 millions et celui de cas de SIDA de 5 à 6 millions.
- L'interaction éventuelle entre le VIH et d'autres agents pathogènes est un problème de santé publique grave. A ce jour, la seule interaction notable s'est produite avec le bacille tuberculeux. Les sujets ayant une réaction positive à la tuberculine et infectés par le VIH présenteront très rapidement une tuberculose clinique. Mi-1990, l'OMS estimait à près de 3 millions le nombre d'adultes infectés et tuberculeux dans le monde, la plupart des cas se situant en Afrique subsaharienne.
- Au cours des années 1990, plus de 3 millions d'adultes infectés avant 1990 seront atteints de SIDA; 1 à 2 millions d'autres cas se déclareront chez ceux qui auront contracté l'infection au cours des années 1990 et 1 million de ces cas environ pourraient être évités moyennant l'application de programmes de santé publique.
- Dans les années 1990, le SIDA influera de manière très sélective et sensible sur les taux de mortalité chez l'adulte et l'enfant dans de nombreuses régions du monde.
- L'OMS/GPA a défini plusieurs schémas épidémiologiques des cas d'infection à VIH et de SIDA (VIH/SIDA) en tenant compte de deux facteurs -d'une part l'année ou l'époque à laquelle le VIH a été introduit ou a commencé à s'étendre massivement dans une population donnée, et d'autre part le ou les modes prédominant(s) de transmission observé(s). Ce dernier facteur dépend essentiellement des schémas épidémiologiques et de la prévalence des différents comportements à haut risque, tels que le vagabondage sexuel (qu'il s'agisse d'hommes ou de femmes) ou l'emploi de drogue par voie intraveineuse.

Schéma I - Le VIH a commencé à se répandre largement à la fin des années 1970 et au début des années 1980. Les homosexuels masculins et les toxicomanes par voie intraveineuse ont été les groupes de population les plus touchés, mais la transmission hétérosexuelle gagne, elle aussi, du terrain.

Schéma II - Le VIH a commencé à se répandre largement entre le milieu et la fin des années 1970 et le début des années 1980. La transmission hétérosexuelle continue à prédominer.

Schéma I/II - Le VIH a commencé à se répandre largement à la fin des années 1970 et au début des années 1980. Au départ, c'était surtout les homosexuels masculins et les toxicomanes par voie intraveineuse qui étaient les plus touchés, mais vers la moitié/fin des années 1980, la transmission hétérosexuelle a commencé à prédominer.

Schéma III - Le VIH a été introduit et/ou s'est répandu largement entre le début et le milieu des années 1980. Il est aujourd'hui établi que le VIH s'est propagé massivement dans plusieurs pays d'Asie du Sud-Est, encore que sa prévalence dans la plupart des pays classés dans cette catégorie demeure relativement faible.

- Un pays du Schéma III ne pourra jamais appartenir au Schéma I ou II puisque cette classification épidémiologique se fonde à la fois sur l'époque à laquelle le VIH a été introduit ou a commencé à se répandre largement et sur le ou les modes prédominants de transmission du VIH.
- La principale raison pour laquelle les pays du Schéma III comptent actuellement un nombre relativement faible de sujets infectés est due au fait que le VIH a été introduit ou a commencé à se répandre largement chez eux 5 à 10 ans après le début de la pandémie de VIH/SIDA dans les pays des Schémas I, I/II ou II. On s'attend à ce que l'épidémie de VIH/SIDA progresse au cours des années 1990 dans les pays du Schéma III où il n'a pas encore été établi que le VIH se soit largement répandu mais où les taux des maladies sexuellement transmissibles (MST) sont élevés et où la toxicomanie par voie intraveineuse pose un problème.

PAYS OCCIDENTAUX INDUSTRIALISÉS

- Dans les pays occidentaux industrialisés, qu'il s'agisse de ceux de l'Amérique du Nord ou de l'Europe occidentale ou bien de l'Australie ou de la Nouvelle-Zélande, le VIH a commencé à se répandre largement peu avant ou après 1980. Pendant les années 1980, les groupes de population les plus touchés étaient les hommes qui avaient des rapports sexuels avec d'autres hommes, homosexuels ou bisexuels, et avec des toxicomanes par voie intraveineuse. Ce schéma épidémiologique a été appelé Schéma I par l'OMS.
- Dans les pays du Schéma I, la proportion des cas de SIDA entre les homosexuels masculins et les toxicomanes par voie intraveineuse varie sensiblement. Sur la côte ouest des Etats-Unis d'Amérique, environ 90% des cas de SIDA ont été diagnostiqués chez des hommes homosexuels; sur la côte est, en revanche, les toxicomanes par voie intraveineuse représentaient jusqu'à 40% de ces cas. Parallèlement, en Europe occidentale, la plupart des cas de SIDA dans le nord -notamment dans les pays scandinaves- se sont déclarés chez des hommes homosexuels; dans le sud, en revanche, -notamment en Espagne et en Italie- les toxicomanes par voie intraveineuse représentent plus de la moitié des cas de SIDA notifiés.
- Dans les pays du Schéma I, la transmission du VIH chez les hommes homosexuels a sensiblement régressé depuis la moitié des années 1980; les toxicomanes par voie intraveineuse non infectés sont partout nombreux et le VIH pourrait se propager de manière explosive dans ces populations si elles continuent à avoir des comportements à risque; la transmission hétérosexuelle a gagné progressivement du terrain au cours de la dernière partie des années 1980, notamment chez les populations urbaines où les taux de maladies sexuellement transmissibles (MST) et/ou d'usage de drogue par voie intraveineuse sont élevés.
- Dans un grand nombre de ces pays, les estimations concernant la séroprévalence du VIH ont été revues à la baisse ces dernières années à mesure que l'on disposait de nouvelles données épidémiologiques et sérologiques. Fin 1990, on estimait que le nombre de sujets infectés dans ces pays était de 1,5 million, dont environ les 2/3, soit 1 million, aux Etats-Unis; environ 185 000 cas de SIDA ont été notifiés, mais ce nombre pourrait atteindre 225 000 fin 1990.
- Au cours des années 1980, la transmission périnatale n'a pas posé de problèmes sérieux à ces pays, mais elle gagne aujourd'hui du terrain à mesure qu'augmente le nombre de femmes infectées par le VIH. On a estimé que depuis le début de l'épidémie, au moins 20 000 nourrissons avaient pu naître de mères infectées aux Etats-Unis.
- Dans de nombreuses grandes villes de pays du Schéma I, le SIDA est devenu la première cause de décès chez les jeunes adultes âgés de 20 à 40 ans. Dans la plupart de ces pays, les maladies liées au VIH deviendront, au cours des années 90, l'une des causes principales, sinon la première, des décès dans ce groupe d'âge. Tout au long de ces années, les homosexuels masculins et les toxicomanes par voie intraveineuse continueront d'être les groupes de population les plus touchés.
- Dans les années 1990, les coûts de traitement des maladies liées au VIH dans les pays du Schéma I atteindront au moins plusieurs milliards de dollars chaque année. On peut s'attendre à ce que ces dépenses augmentent régulièrement à mesure que de nouveaux traitements plus efficaces mais aussi plus coûteux seront découverts pour soigner un nombre croissant de maladies imputables au VIH.
- Quel que soit le succès des programmes de santé publique pour prévenir de nouveaux cas d'infection à VIH, la quasi-totalité du montant estimatif du coût direct du traitement médical du SIDA jusqu'au milieu des années 1990 sera effectivement dépensé, puisque environ 90% des cas de SIDA censés se produire dans les 4 à 5 prochaines années toucheront des personnes déjà infectées aujourd'hui.
- D'après l'étude Delphi de l'OMS, des programmes de prévention et de lutte bénéficiant d'un appui suffisant permettraient d'éviter la moitié des nouvelles infections à VIH censées se produire dans les pays du Schéma I au cours des années 1990.

CARAÏBES ET AMERIQUE LATINE

- Le VIH a probablement commencé à se répandre largement au début des années 1980; les groupes de population touchés au début étaient surtout des homosexuels ou bisexuels masculins ainsi que des toxicomanes par voie intraveineuse habitant les grandes villes (Schéma I).
- Au cours de la dernière moitié des années 1980, la transmission hétérosexuelle du VIH s'est accrue dans un grand nombre de pays au point de devenir un mode de transmission important, sinon le plus important, du VIH. L'OMS a donc reclassé les pays des Caraïbes et d'Amérique centrale et du Sud dans le Schéma épidémiologique I/II.
- Dans certains pays d'Amérique latine (Amérique centrale et du Sud), les hommes bisexuels ont représenté jusqu'à 25% de la totalité des cas de SIDA notifiés. Un grand nombre d'entre eux sont mariés et ont des relations sexuelles stables avec des partenaires féminines, d'où la recrudescence des cas d'infection chez les femmes.
- La prévalence du VIH chez les prostituées des pays d'Amérique centrale s'est accrue de manière spectaculaire. Une étude réalisée au Honduras en 1989 a montré un taux de prévalence du VIH proche de 20% chez plusieurs centaines de prostituées; plus récemment, une étude réalisée auprès d'un groupe analogue révélait une prévalence de 45%.
- Fin 1990, plus de 25 000 cas de SIDA avaient été notifiés par des pays du Schéma I/II: plus de 11 000 cas par le Brésil; plus de 4 400 par le Mexique; plus de 2 400 par Haïti et plus de 1 200 par la République dominicaine. C'est dans les Caraïbes (Bermudes, Bahamas et Haïti) que l'on rencontre quelques-uns des taux de SIDA les plus élevés au monde. Dans un grand nombre de pays d'Amérique latine et des Caraïbes le nombre réel de cas de SIDA est très probablement de 50 à 100% supérieur au nombre de cas de SIDA notifiés.
- Bien qu'en raison du manque de données il soit très difficile d'estimer le nombre total de sujets infectés dans les pays du Schéma I/II, ce nombre total, en 1990, pourrait osciller entre 500 000 et 1 million.
- Outre qu'il faudra intensifier les programmes de prévention et de lutte dans les Caraïbes et en Amérique latine au cours des 10 prochaines années, le traitement des centaines de milliers de cas de SIDA prévus posera un immense défi aux pays de cette région dont les systèmes de santé sont déjà insuffisants.

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 médicales indiquent que ce n'est que vers la fin des années 1970 que le VIH a commencé à se propager largement en Afrique centrale et orientale. La transmission hétérosexuelle continue d'être le principal mode de transmission en Afrique subsaharienne et l'OMS a classé cette région dans le Schéma II.
- Dans ces pays africains, la transmission par contact avec du sang infecté continue d'être relativement limitée (environ 10% de toutes les infections à VIH) mais n'en constitue pas moins un important problème de santé publique. Ces infections diminuent à mesure que le sang destiné aux transfusions est contrôlé de manière systématique et plus large.
- Le rôle joué dans la propagation du VIH, par certains facteurs tels que la circoncision (pratiquée sur des hommes ou des femmes), la scarification rituelle ou l'emploi d'aiguilles et de seringues non stérilisées a été étudié, et l'on estime qu'ils ne sont responsables que d'une très faible proportion des infections à VIH dans cette région.
- Les suppositions et conjectures sur le rôle joué par les moustiques et autres insectes dans la propagation du VIH n'ont guère manqué, mais les études de laboratoire et épidémiologiques montrent toutes qu'ils sont incapables de transmettre l'infection à VIH.
- Les taux élevés d'autres MST, notamment celles responsables d'ulcérations telles que le chancre mou ou la syphilis, conjugués à des échanges fréquents de partenaires sexuels ont, semble-t-il, largement contribué à accélérer la propagation du VIH chez les personnes de 15 à 49 ans menant une vie sexuelle active.
- Le nombre de cas de SIDA et d'infections à VIH imputables à la transmission hétérosexuelle est à peu près identique chez l'homme et la femme. En raison de l'infection d'un grand nombre de femmes en âge de procréer, la transmission du VIH entre une mère infectée et le fœtus ou le nourrisson pendant la grossesse, à la naissance ou peu après (transmission périnatale) est un problème courant qui ne cesse de gagner du terrain en Afrique subsaharienne.
- Ce n'est qu'en 1987 que la plupart des pays africains ont commencé à notifier systématiquement les cas de SIDA à l'OMS. Les notifications se sont considérablement améliorées depuis 1989; fin 1990, environ 70 000 cas de SIDA avaient été signalés dans cette région. Toutefois, en raison des nombreux cas méconnus, de la sous-notification et des retards de notification, l'OMS estime que près de 600 000 adultes sont probablement atteints de SIDA en Afrique – soit plus de la moitié du chiffre total estimé.
- D'après les estimations de l'OMS, les pays de l'Afrique subsaharienne comptaient en 1987, environ 2,5 millions d'individus infectés par le VIH. Sur ce total, les deux-tiers se trouvaient dans seulement 9 pays d'Afrique orientale et centrale, mais ces pays ne représentent encore qu'un sixième de l'ensemble de la population de l'Afrique subsaharienne. En 1988, jusqu'à 30% des individus âgés de 15 à 49 ans habitant dans de grandes zones urbaines étaient infectés par le VIH.
- Récemment, des données sérologiques relevées dans tous les pays d'Afrique sub-saharienne indiquaient que la prévalence du VIH continuait de progresser. En 1987, les populations urbaines étaient les plus touchées par l'infection; on observe actuellement une recrudescence de la propagation dans la plupart des pays de cette région, mais ceci dans les zones rurales où se trouve concentré le gros de la population. Une vaste enquête sérologique réalisée en Ouganda estimait à plus de 750 000 le nombre de sujets infectés dans ce pays fin 1988.
- Fin 1990, le nombre total d'adultes infectés par le VIH dans cette région a été estimé à au moins 5 millions, et il s'agit là d'une estimation très basse.

- Au cours de ces dernières années, on a constaté dans un grand nombre de pays d'Afrique de l'Ouest une séroprévalence modérée du VIH-2 ainsi qu'une augmentation sensible de la prévalence du VIH-1. A Abidjan, en Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH-1 chez les adultes est passée d'environ 1% à 4% au moins en deux ans. Vers la fin des années 1980, le nombre de cas de SIDA notifiés dans les pays de l'Afrique de l'Ouest a régulièrement progressé; fin 1990, près de 4000 cas de SIDA avaient été signalés par la Côte d'Ivoire.
- L'étude Delphi de l'OMS montre qu'il serait bien plus difficile de prévenir la transmission hétérosexuelle du VIH dans cette région que dans les pays des Schémas I, I/II ou III; on estime qu'il n'est possible de prévenir que 25% des 8 à 10 millions de nouveaux cas d'infection à VIH prévus dans cette région au cours des années 1990.
- 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 les centres urbains, les décès de jeunes enfants et d'individus âgés de 15 à 49 ans imputables au SIDA réduiront la croissance démographique prévue de plus de 30%; le taux de mortalité chez les adultes sera multiplié par 3 ou plus. Néanmoins, la croissance démographique dans ces pays devrait rester positive au cours des dix prochaines années.
- Au-delà de l'an 2000, si la prévalence du VIH continue de progresser dans les zones urbaines et si celle observée dans la plupart des zones rurales s'en rapproche (ce que les données actuelles permettent de penser), la croissance démographique risquera alors de devenir négative.
- Au cours des années 1990, il se pourrait que les décès de nourrissons et d'enfants imputables au SIDA augmentent le taux de mortalité infantile d'au moins 50% dans un grand nombre de pays au sud du Sahara, ce qui réduirait à néant les progrès durement obtenus de ces dix dernières années.
- En 1990, on avait enregistré en Afrique la naissance de 500 000 nourrissons infectés par le VIH; d'ici à la fin des années 1990, on pourrait en compter 10 autres millions ou plus.
- 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 nourrissons nés de mères infectées ne contracteront pas l'infection. Ces nourrissons non infectés iront grossir le nombre des orphelins, puisque la plupart des mères infectées par le VIH mourront du SIDA dans les 5 à 10 ans qui suivront leur naissance. Dans les années 1990, on s'attend en Afrique à ce que plus de 10 millions de jeunes enfants (âgés de moins de 10 ans) deviennent orphelins à cause du SIDA.
- 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, y compris ceux qui travaillent dans des entreprises ou pour l'Etat, et les membres de l'élite sociale, économique ou politique, pourrait entraîner une déstabilisation économique, voire politique.
- Dans ces pays, les systèmes de soins de santé et l'aide sociale sont jugés insuffisants pour supporter avec toute l'efficacité voulue le fardeau actuel de cette maladie. Les sidéens représentent désormais entre 20 et 40% de tous les malades hospitalisés dans la plupart des grands hôpitaux des villes d'Afrique centrale et orientale. La charge toujours plus lourde que représente le traitement d'un nombre croissant de nourrissons et d'adultes qui contracteront des maladies liées au VIH au cours des années 1990 exigera un soutien accru de la part de la communauté internationale.
- Pour faire face à cette épidémie sans précédent il faudra pouvoir compter sur des ressources supplémentaires importantes au cours des dix prochaines années afin que les pays au sud du Sahara puissent mettre en oeuvre des programmes intensifs de prévention et de lutte anti-SIDA.

REGIONS DU SCHEMA III

- L'OMS a classé dans le Schéma III les régions où le VIH s'est introduit ou a commencé à se propager largement vers le milieu des années 1980 ou plus tard. Dans la plupart de ces régions, il n'a pas été possible de définir le ou les modes prédominants de transmission en raison de la très faible prévalence de l'infection à VIH. Actuellement, ce Schéma III regroupe des pays d'Afrique du Nord, du Moyen-Orient, d'Europe orientale, d'Asie et du Pacifique (à l'exclusion de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande qui appartiennent au Schéma I).
- En 1990, les pays du Schéma III, qui représentent à peu près 70% de l'ensemble de la population mondiale, comptent environ 5% du total mondial estimatif des adultes infectés par le VIH dans le monde, lequel est de 8 millions au moins.
- Fin 1990, un peu plus de 1000 cas de SIDA (moins de 0,5% du total mondial de plus de 280 000 cas) avaient été signalés à l'OMS par l'ensemble de ces pays. Il se pourrait que ce nombre soit beaucoup plus élevé, notamment au Moyen-Orient; toutefois, en règle générale, le nombre limité de cas signalés reflète bien la faible prévalence du VIH dans ces régions. Il n'empêche qu'au cours des dernières années, la situation a sensiblement évolué dans certains pays.
- Dans deux pays d'Europe orientale (URSS et Roumanie), le VIH s'est largement propagé chez les nourrissons et les jeunes enfants du fait de soins médicaux insuffisants et inappropriés. Ces "épidémies" ont été provoquées par la réutilisation de matériel d'injection médical et par l'emploi discutable de transfusions de sang et de produits sanguins. En URSS, plusieurs centaines d'enfants ont été infectés; en Roumanie, où des études sont encore menées, on estime que le nombre d'enfants infectés oscillera finalement entre 1000 et 2000.
- Les récents bouleversements socio-politiques survenus dans la plupart des pays d'Europe orientale intensifieront les échanges et les contacts avec les pays occidentaux industrialisés. On ignore encore si ces changements favoriseront une augmentation des comportements à risque.
- Dans ces pays, les programmes de prévention et de lutte anti-VIH/SIDA devront être élaborés avec plus de soin et recevoir un appui accru au cours des prochaines années. Outre la mise au point de programmes d'éducation concernant le VIH/SIDA pour les agents de santé et le grand public, il faudra privilégier l'amélioration des soins médicaux pour éviter l'apparition d'agents transmis par le sang comme le VIH.
- En Thaïlande, de vastes études épidémiologiques ont permis de surveiller la progression spectaculaire de l'infection à VIH depuis 1988. La prévalence du VIH chez les 60 à 80 000 toxicomanes par voie intraveineuse de Bangkok est passée de moins de 1% fin 1987 à environ 50% en 1990. Par ailleurs, on a constaté que cette prévalence avait augmenté de 30 à 40% chez les prostituées de plusieurs villes.
- En 1990, le Ministère de la Santé et l'OMS ont estimé que l'on pouvait désormais estimer qu'en Thaïlande il y avait au moins 50 000 personnes infectées par le VIH. Cette estimation dépasse celle du Royaume-Uni qui a approximativement la même taille de population.
- Fin 1990, la Thaïlande a notifié moins de 50 cas de SIDA, mais pourrait en compter plus de 10 000 avant 1995.

- En Inde, des enquêtes réalisées au cours de ces 2 dernières années ont montré des taux d'infection à VIH de l'ordre de 70% chez certains groupes de prostituées. Des enquêtes sérologiques pour le dépistage du VIH, faute d'avoir pu couvrir tous les aspects, n'ont pas permis d'estimer le nombre total de sujets infectés par le VIH, mais il est évident que l'infection s'est fermement implantée dans certaines villes; on s'attend à ce que la prévalence du VIH augmente encore dans un proche avenir.
- Les épidémies de VIH/SIDA dans les pays des Schémas I, I/II et II durent depuis une dizaine d'années environ. En 1990, on ne constate aucune propagation importante dans la plupart des pays du Schéma III et rares sont ceux où l'on a relevé une propagation sensible des infections à VIH au cours de ces dernières années; mais dans la quasi-totalité de toutes les grandes villes de ces pays, les maladies sexuellement transmissibles sont répandues et l'importance de la toxicomanie par voie intraveineuse n'est pas encore bien connue.
- Il est certain qu'au cours des années 1990, on constatera d'autres flambées brutales chez les toxicomanes par voie intraveineuse et les prostituées dans certains pays du schéma III; dans la plupart des pays qui jusqu'en 1990 n'ont été que très peu touchés, la transmission du VIH progressera à un rythme lent mais régulier chez les personnes exposées aux maladies sexuellement transmissibles.
- La plus forte augmentation relative de cas de SIDA projetée par l'étude Delphi de l'OMS pour les dix prochaines années concerne les pays du Schéma III: de 1 millier de cas pendant les années 1980 à 100 000 - 200 000 pendant les années 1990. Si au début des années 1990 les infections à VIH augmentent très rapidement dans les populations du Schéma III, il faudra alors réviser sensiblement à la hausse les projections mondiales de l'étude Delphi de l'OMS pour l'an 2000.

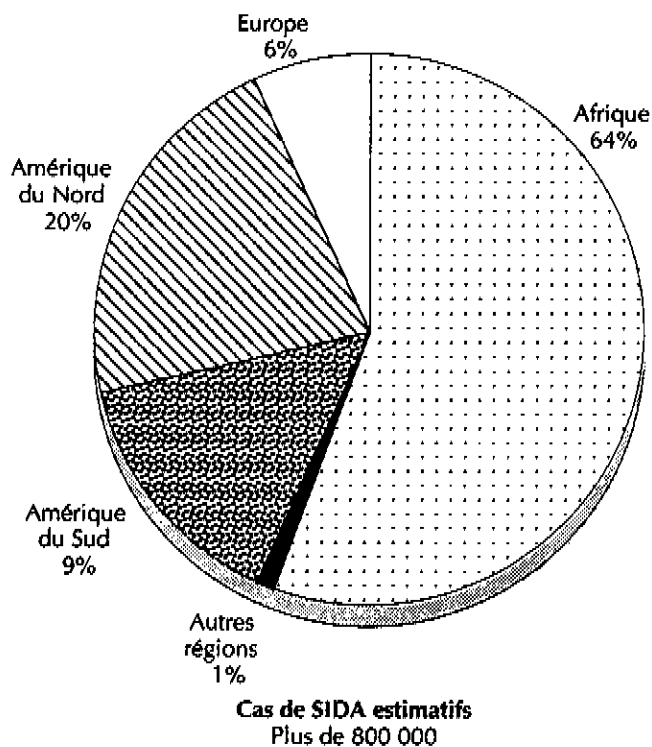
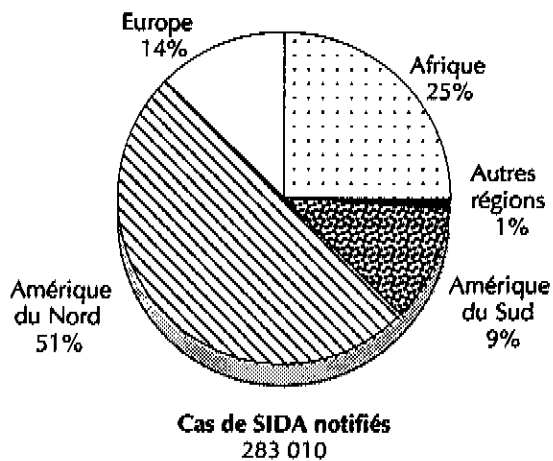
ANNEXE

Estimations de la séroprévalence du VIH

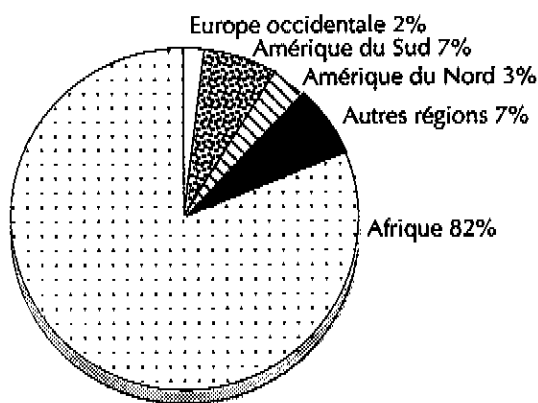
	1986-1987	1989-1990
Etats-Unis d'Amérique	1 - 1,5 million	1 - 1,5 million
New York	> 400 000	> 200 000
Royaume-Uni	24 000 - 80 000	15 000 - 30 000
Afrique	2,5 millions	5 millions
Thaïlande	< 1 000	50 000 - 100 000
Total mondial	5 - 10 millions	8 - 10 millions

Répartition mondiale des cas d'infection à VIH et des cas notifiés et estimatifs de SIDA chez l'adulte (au 1^{er} septembre 1990)

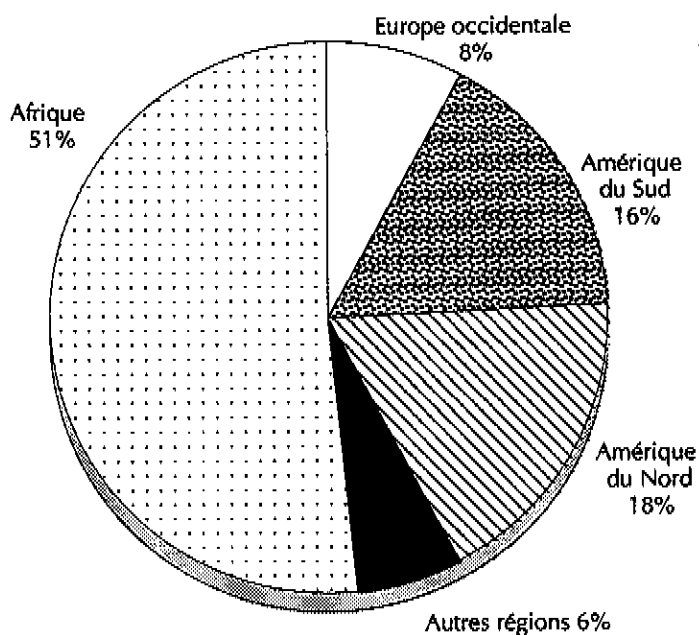
Régions	VIH (estimatifs)	SIDA (notifiés)	SIDA (estimatifs)
Afrique	> 5 000 000	71 078	> 500 000
Amérique du Nord	1 000 000	144 772	175 000
Amérique du Sud	1 000 000	25 889	75 000
Asie	500 000	785	2 000
Europe	500 000	38 353	50 000
Océanie	30 000	2 133	2 500
Total	> 8 000 000	283 010	> 800 000

Cas de SIDA notifiés et estimatifs, septembre 1990

Distribution dans le monde du nombre d'adultes infectés par le VIH



Femmes
3 millions



Hommes
5 millions

Transmission du VIH

Récapitulation mondiale – 1990

Exposition	Efficacité	% du total
Transfusion sanguine	> 90%	5
Périnatale	20% – 40%	10
Rapports sexuels	0,1% – 1,0%	75
Vaginaux		(60)
Anaux		(15)
Usage de drogues par voie intraveineuse	0,5% – 1,0%	10
Exposition à des aiguilles ou à d'autres instruments effractifs	< 0,5%	< 0,1
Autres	? – 0,0%	? – 0,0

Projection Delphi/OMS

Projection du nombre cumulé de cas de SIDA chez l'adulte dans le monde

