

46057

WHO/GPA/CNP/EVA/93.1

Original: Anglais

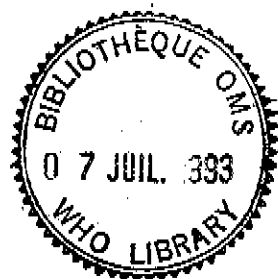
Distr.: Générale

PROGRAMME
MONDIAL DE LUTTE
CONTRE LE **SIDA**

PANDEMIE DE VIH/SIDA:
BILAN 1993



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE



PANDEMIE DE VIH/SIDA: BILAN 1993

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
I. Introduction	1
<i>a. La pandémie de VIH/SIDA</i>	1
<i>b. Les modes de transmission du VIH</i>	4
<i>c. L'évolution de l'infection à VIH vers la maladie</i>	5
<i>d. Les interactions de l'infection à VIH et d'autres maladies</i>	5
 II. Etendue de la pandémie de VIH/SIDA et répartition géographique des cas	 6
• <i>Australasie, Amérique du Nord et Europe occidentale</i>	6
• <i>Amérique Latine et Caraïbes</i>	7
• <i>Afrique subsaharienne</i>	8
• <i>Asie du Sud et du Sud-Est</i>	10
• <i>Asie de l'Est et Pacifique</i>	12
• <i>Europe orientale et Asie centrale</i>	12
• <i>Afrique du Nord et Moyen-Orient</i>	13
 III. Estimations et projections mondiales concernant le VIH/SIDA	 13

I. Introduction

a. La pandémie de VIH/SIDA

C'est en 1981 que l'on identifie pour la première fois un nouveau syndrome, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), chez les homosexuels masculins aux Etats-Unis. Dès 1983, on découvre l'agent étiologique – le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Vers le milieu des années 1980, il apparaît clairement que le virus, sans que l'on s'en aperçoive, s'est propagé dans le monde entier et que ses effets ont atteint des proportions véritablement mondiales; on commence alors à parler de pandémie.

La pandémie de VIH/SIDA est constituée de multiples épidémies séparées (souvent même au sein d'un seul pays). Chaque épidémie a ses propres origines géographiques, touche des types de populations particuliers et englobe des styles et des fréquences de comportements et de pratiques à risque différents – par exemple, avoir des rapports sexuels non protégés avec des partenaires multiples, ou partager le matériel d'injection de drogue.

Il semblerait que le VIH ait commencé à se propager vers la fin des années 1970 ou au début des années 1980 – essentiellement parmi les homosexuels ou bisexuels masculins et les toxicomanes par intraveineuse dans certaines zones urbaines, sur le continent américain, en Australasie et en Europe occidentale; et parmi les femmes et les hommes ayant des partenaires sexuels multiples, dans certaines régions des Caraïbes et d'Afrique centrale et orientale. Aujourd'hui, le virus n'épargne aucun continent. Mi-1993, on estime à plus de 14 millions le nombre de cas d'infections à VIH survenus depuis le début de la pandémie, dont plus de 13 millions chez l'adulte (Figure 1; Tableau 1).

Figure 1. Répartition estimative mondiale des cas cumulés d'infection à VIH chez l'adulte, par continent ou région – mi-1993

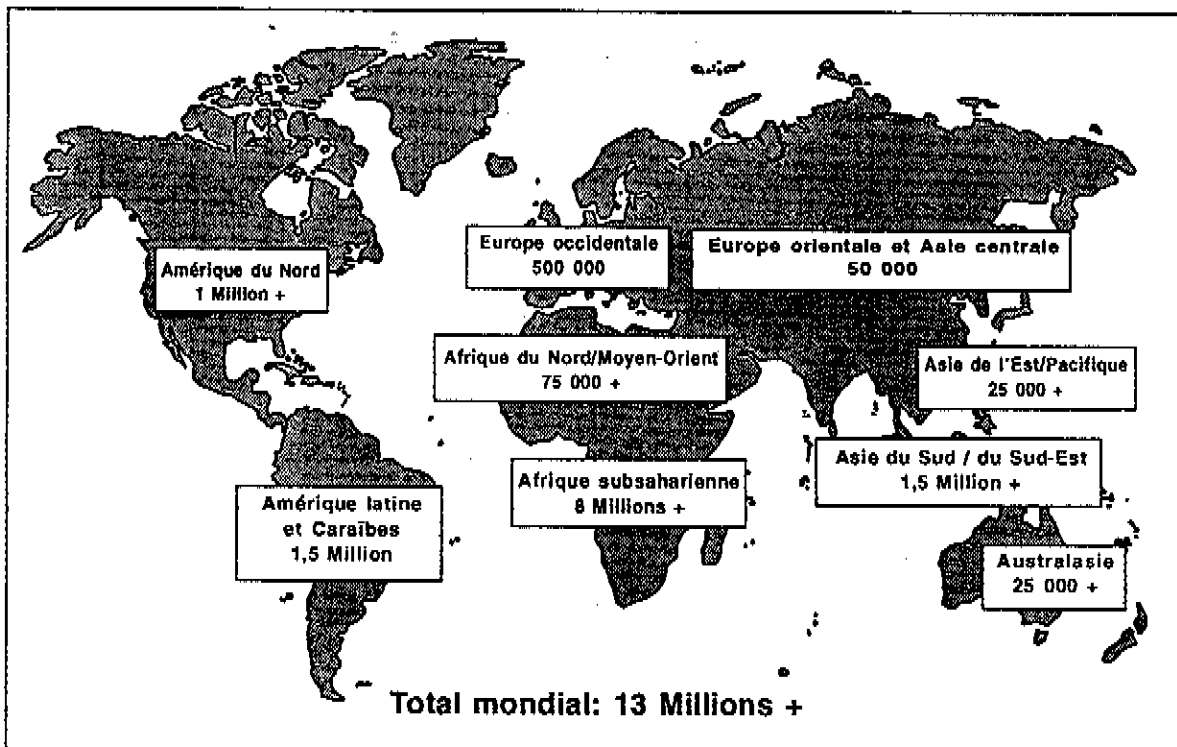


Tableau 1. La situation du VIH/SIDA - 1993

Région	Nombre estimatif cumulé de cas d'infection à VIH chez l'adulte ¹	Nombre estimatif cumulé de cas de SIDA chez l'adulte ²	Nombre cumulé de cas de SIDA notifiés ³	Prévalence du VIH chez l'adulte, par sexe	
				hommes (%)	femmes (%)
Australasie	> 25 000	< 5 000	3 963	85	15
Amérique du Nord	> 1 million	> 300 000	249 035	85	15
Europe occidentale	500 000	> 120 000	78 049	85	15
Amérique latine et Caraïbes	1,5 million	> 240 000	64 048	80	20
Afrique subsaharienne	> 8 millions	> 1,5 million	210 376	45	55
Asie du Sud et du Sud-Est	> 1,5 million	> 30 000	1 445	65	35
Asie de l'Est et Pacifique	> 25 000	1 000	663	85	15
Europe orientale et Asie centrale	50 000	> 3 000	2 850	87	13
Afrique du Nord et Moyen-Orient	> 75 000	10 000	1 160	80	20
Total mondial	> 13 millions	> 2,2 millions	611 589	60	40

¹ Décès compris² A juin 1993³ Au 4 janvier 1993 - adultes et enfants

Au départ, la pandémie d'infection à VIH/SIDA touchait essentiellement les agglomérations, mais on pense désormais qu'elle a gagné les zones rurales dans la plupart des pays. La nature et l'étendue exactes de l'épidémie d'infection à VIH dans les zones rurales varie entre les pays, et même au sein d'un même pays, et la propagation dépend largement de l'infrastructure des transports.

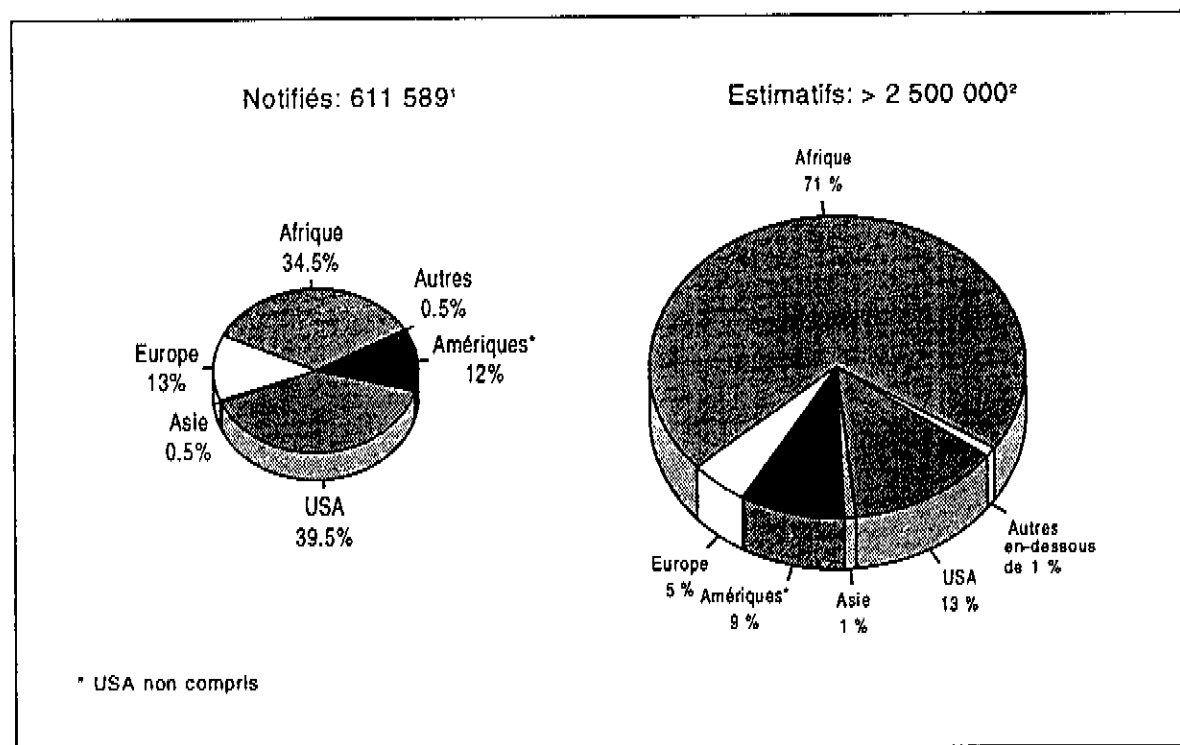
Initialement, dans les pays industrialisés, les hommes étaient plus exposés au VIH que les femmes, de par les rapports homosexuels ou la toxicomanie par voie intraveineuse, mais l'écart entre le nombre d'hommes et de femmes infectés par le VIH s'est peu à peu réduit, la transmission hétérosexuelle devenant de plus en plus fréquente. Dans les autres régions du monde, là où la transmission hétérosexuelle a prédominé dès le départ, cet écart est encore plus faible. Dans le monde, il y a 3 hommes infectés pour 2 femmes (voir Tableau 1) et d'ici l'an 2000, le nombre de nouveaux cas d'infections devrait être à peu près le même chez les femmes et chez les hommes. Cette montée des taux d'infection chez les femmes s'accompagne d'une augmentation du nombre d'enfants qui naissent porteurs du virus (transmission de la mère à l'enfant), nombre que l'on estime, à ce jour, à environ 1 million. Ces enfants font rapidement un SIDA et meurent – avant d'avoir 5 ans, en général.

Deux types de VIH ont été identifiés: le VIH-1 et le VIH-2, le virus le plus répandu de part le monde étant le VIH-1. Toutefois, dans le courant des années 1980, le VIH-2 s'est propagé massivement, surtout en Afrique occidentale, bien que l'on ait signalé des cas isolés d'infection à VIH-2 en Afrique orientale également, ainsi qu'en Europe, en Asie et en Amérique latine. Les modes de transmission sont les mêmes pour les deux virus, et les cas de SIDA dus au VIH-1 sont cliniquement indifférenciables de ceux dus au VIH-2. Il se pourrait, toutefois, que le VIH-2 se transmette moins facilement et que l'infection à VIH-2 évolue moins rapidement vers la maladie.

Après l'annonce de cas d'immunodépression grave sans signe d'infection par le VIH-1 ni par le VIH-2, on a craint la propagation d'un autre virus, jusque là inconnu. Entre juin et septembre 1992, l'OMS et les "US Centers for Disease Control and Prevention" ont conduit une étude mondiale. Rien n'a permis d'affirmer qu'il existait un lien entre ces cas ou un nouveau virus apparenté au VIH.

Au 1er janvier 1993, plus de 600 000 cas de SIDA avaient été notifiés à l'OMS (Tableau 1), mais, selon les estimations de l'organisation, mi-1993, s'il est tenu compte des cas méconnus, de la sous-notification ou de la notification tardive, le nombre cumulé de cas de SIDA dans le monde dépasserait les 2,5 millions (Figure 2); sur ce chiffre, il y aurait plus de 500 000 cas de SIDA pédiatrique dus à la transmission mère-enfant, pratiquement tous recensés en Afrique subsaharienne.

Figure 2. Cas cumulés de SIDA chez les hommes, les femmes et les enfants – 1993



¹ Janvier 1993

² Juin 1993

b. Les modes de transmission du VIH

Pour comprendre l'épidémiologie de la pandémie, il est capital de comprendre les modes de transmission. On connaît désormais, grâce aux travaux en laboratoire et aux études épidémiologiques, les trois modes de transmission du VIH: transmission sexuelle, transmission par le sang et transmission de la mère à l'enfant.

Environ les trois-quarts du total mondial des cas d'infection à VIH sont imputables à la transmission sexuelle. Autrement dit, l'infection à VIH est une maladie sexuellement transmissible (MST). La transmission lors de rapports avec pénétration entre hommes est présente dans la plupart des régions du monde, encore que dans les pays industrialisés, elle soit devenue bien moins fréquente grâce à l'adoption par les homosexuels masculins de pratiques sexuelles plus sûres. Partout dans le monde, l'infection à VIH a été, dans la majorité des cas, contractée lors de rapports sexuels entre hommes et femmes (transmission hétérosexuelle). Ce mode de transmission continue de gagner du terrain.

Comme c'est le cas pour certaines MST, l'infection à VIH peut également se transmettre par le sang, par exemple lors d'une transfusion sanguine pratiquée avec du sang ou des produits sanguins

infectés. Dans nombre de régions du monde, des progrès ont été faits en matière de sécurité de l'approvisionnement en sang et produits sanguins grâce à la sélection effectuée au niveau des donneurs, au contrôle des dons de sang et à l'utilisation plus judicieuse du sang (éviter les transfusions sanguines inutiles). La transmission du VIH peut également se produire, moins couramment toutefois, lors de l'utilisation d'instruments effractifs non stérilisés, dans les centres de soins (transmission nosocomiale, le plus souvent de patient à patient) et hors milieu médicalisé. La transmission du VIH imputable à l'utilisation par les toxicomanes de matériel d'injection contaminé est un problème majeur dans les pays tant industrialisés qu'en développement.

La transmission du VIH de la mère à l'enfant englobe la transmission pendant la grossesse, pendant l'accouchement et par l'intermédiaire du lait maternel. Globalement, environ un tiers des enfants nés de mère infectée par le VIH le seront également. La transmission de la mère à l'enfant se produit le plus souvent au cours de la grossesse et pendant l'accouchement; on pense toutefois que jusqu'à 50% de tous les cas d'infection par le VIH transmise par une mère infectée à un enfant non infecté sont imputables à l'allaitement au sein.

Les études en laboratoire et épidémiologiques ont également montré que le VIH ne se transmet pas par simple contact, ni par une étreinte ni par un baiser, ni par la nourriture ni par l'eau, ni par les moustiques ni par d'autres insectes piqueurs.

c. L'évolution de l'infection à VIH vers la maladie

L'intervalle de temps entre la contamination par le VIH et l'apparition des symptômes cliniques est inhabituellement long par rapport aux autres maladies transmissibles, et varie considérablement d'un individu à l'autre. Environ 50% des personnes infectées tombent malades dans les dix ans qui suivent la contamination par le VIH. Ce que l'on peut constater actuellement donne à penser que – en l'absence de toute autre cause de décès – presque toutes les personnes infectées par le VIH finiront par mourir du SIDA. A partir du moment où le SIDA se déclare, le temps de survie d'un patient varie en moyenne entre un et trois ans.

On connaît moins l'histoire naturelle de l'infection par le VIH-2; d'après ce que l'on a pu constater jusqu'à présent, l'infection à VIH-2 évolue beaucoup plus lentement vers un SIDA que l'infection à VIH-1.

L'intervalle de temps entre la contamination par le VIH et l'apparition des symptômes cliniques dépend de plusieurs facteurs. Certaines souches de VIH peuvent être plus pathogènes que d'autres. Les facteurs génétiques et d'autres facteurs propres au sujet infecté peuvent intervenir. D'autres facteurs peuvent également entrer en ligne de compte, et notamment la présence d'autres infections chez le sujet. Il est manifeste que l'évolution de l'infection à VIH vers la maladie est plus rapide chez le jeune enfant et chez l'adulte de plus de 40 ans que chez l'adulte jeune.

d. Les interactions de l'infection à VIH et d'autres maladies

La transmission d'autres maladies sexuellement transmissibles, et notamment la blennorragie, la syphilis et le chancre mou, est imputable à des comportements analogues à ceux qui exposent les individus au risque de contamination par le VIH et finalement au SIDA. En outre, les données font croire que les MST – notamment le chancre mou et la syphilis qui provoquent des ulcérations – favorisent grandement la contamination par le VIH tout comme sa transmission. Pour ces deux raisons,

la prévention de l'infection à VIH passe par l'efficacité du diagnostic et de la prise en charge des MST ainsi que de l'éducation en la matière.

L'OMS a défini des lignes directrices pour fournir une base et un cadre à l'élaboration, au renforcement et à la mise en œuvre de programmes anti-MST. La lutte contre les MST reposant largement sur l'étendue et la qualité des soins fournis, le fonctionnement général du système de santé de chaque pays déterminera largement la mesure dans laquelle les MST peuvent être prévenues, ou diagnostiquées et traitées.

Environ 30 à 50% des adultes dans la plupart des pays en développement ont une tuberculose latente – c'est-à-dire qu'ils ont été infectés par *Mycobacterium tuberculosis* à un certain moment de leur vie, mais n'ont pas développé une tuberculose active.

La tuberculose constitue déjà l'une des principales causes de mortalité chez l'adulte, dans nombre de pays en développement, tuant environ 3 millions de gens chaque année. Dans nombre de pays, on constate une recrudescence alarmante de la tuberculose, parallèlement à l'épidémie de SIDA. L'infection à VIH constitue désormais le plus important facteur connu de risque de développement d'une tuberculose active. Les personnes vivant avec une tuberculose latente développeront plus certainement la maladie, une fois leur système immunitaire affaibli par le VIH. Chaque année, non moins de 8% de ces personnes doublement infectées sont susceptibles de développer une tuberculose active.

Ce risque accru de tuberculose ne se limite toutefois pas aux personnes infectées par le VIH. Environ la moitié de toutes les personnes infectées par le VIH et par *Mycobacterium tuberculosis* auront un jour la tuberculose et, contagieuses, risqueront de la transmettre à quiconque. On pourrait donc assister à une augmentation considérable des cas de tuberculose chez les personnes qui ne sont pas infectées par le VIH.

II. Etendue de la pandémie de VIH/SIDA et répartition géographique des cas

Cette section présente certaines des caractéristiques et des tendances récentes de la propagation du VIH/SIDA, en insistant sur les régions où le virus se propage depuis le plus d'années et où la pandémie est donc mieux comprise.

Australasie, Amérique du Nord et Europe occidentale

En Australasie, Amérique du Nord et Europe occidentale, le VIH a commencé à se propager massivement de la fin des années 1970 au début des années 1980. Les personnes les plus touchées jusqu'à présent sont les homosexuels et les bisexuels masculins ainsi que les toxicomanes qui se piquent, et leurs partenaires sexuels.

Mi-1993, on estime à plus de 1,5 million le nombre cumulé de cas d'infection à VIH chez l'adulte dans cette région, dont les deux-tiers – soit un million de cas – aux Etats-Unis. Au total, un nombre cumulé d'environ 332 000 cas de SIDA chez les adultes et les enfants a été notifié, mais d'après une estimation de l'OMS, ce chiffre serait en fait supérieur à 400 000 (Tableau 1).

Des différences marquées subsistent entre les pays, et au sein même de ces pays, dans la répartition des cas de SIDA parmi les homosexuels masculins et les toxicomanes qui se piquent, reflétant la variabilité des schémas de transmission du VIH. Par exemple, sur la côte Ouest des Etats-Unis, les cas de SIDA correspondent pour environ 90% à des homosexuels masculins, tandis que sur la côte Est, il s'agit à 40% de toxicomanes par voie intraveineuse. En Europe, le SIDA a principalement touché les homosexuels masculins en Scandinavie, alors qu'en Italie et en Espagne, les deux-tiers des cas de SIDA, voire plus, concernent les toxicomanes par voie intraveineuse.

L'incidence de l'infection à VIH parmi les homosexuels masculins semble diminuer de façon sensible depuis le milieu des années 1980. En revanche, dans bon nombre d'endroits, l'incidence de l'infection à VIH parmi les toxicomanes qui se piquent continue d'augmenter; en Europe, ce mode de transmission représente environ 30% des cas récents de SIDA, contre environ 20% vers le milieu des années 1980.

La transmission hétérosexuelle du VIH a augmenté durant la seconde moitié des années 1980 et au début des années 1990, avec des augmentations notables au sein des populations urbaines concernées par des taux élevés de toxicomanie par voie intraveineuse ou de MST. Jusqu'à un tiers des nouveaux cas d'infection à VIH dans certains centres urbains d'Ecosse sont désormais imputables à la transmission hétérosexuelle. Au cours de l'année 1992, la prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes se présentant au dispensaire pour des soins prénatals s'est située entre 1 et 5 pour 1000 à Londres. Aux Etats-Unis, ce chiffre a été de 1,7 pour 1000 à l'échelle nationale.

Dans nombre de grandes villes d'Australasie, d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale, le SIDA est devenu une cause majeure de mortalité chez les adultes jeunes entre 20 et 40 ans. Dès 1988, le SIDA constituait la première cause de mortalité tant chez les femmes que chez les hommes entre 25 et 34 ans à New York, par exemple.

Amérique latine et Caraïbes

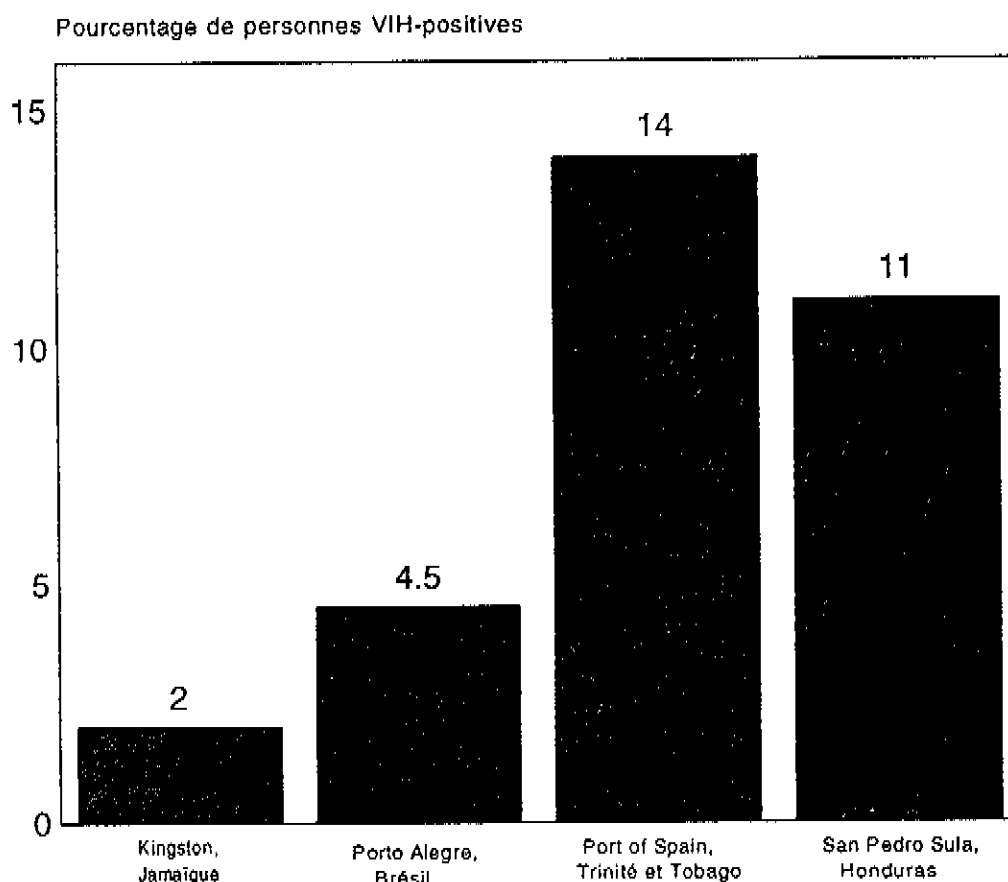
Le VIH a commencé à se propager massivement dans cette région vers la fin des années 1970 ou au début des années 1980. En Amérique latine, ce sont principalement les homosexuels et bisexuels masculins qui ont d'abord été touchés par l'infection à VIH. Depuis le milieu des années 1980, la transmission hétérosexuelle gagne du terrain, surtout parmi les bisexuels masculins et leurs partenaires sexuelles, et parmi les prostituées et leurs clients. Par exemple, au Brésil, le pourcentage de cas notifiés de SIDA imputables à la transmission hétérosexuelle est passé de 7,5% en 1987 à 23% en 1992. Les cas d'infection à VIH parmi les toxicomanes qui se piquent constituent un problème croissant, par exemple en Argentine (où la prévalence est de l'ordre de 30 à 50%) et au Brésil (20 à 60%). Dans la majeure partie des Caraïbes, c'est la transmission hétérosexuelle qui prédomine depuis au moins dix ans.

Les résultats de la surveillance du VIH par sentinelle portant sur les personnes venant consulter dans certains dispensaires anti-MST donnent à penser que dans les différentes parties de cette région, entre 2 et 14% d'entre elles pourraient être infectées (Figure 3). En outre, les études portant sur les femmes enceintes venues au dispensaire pour des soins prénatals en 1990-1991 ont montré des taux de prévalence du VIH de 2,9% aux Bahamas, et de 1,3% à Saint-Domingue, en République Dominicaine, et dans l'Etat de Sao Paulo, au Brésil.

Des études conduites en 1991 sur la propagation de la pandémie dans cette région indiquent encore une prévalence de 0,6% chez les employés de la police de Guatemala Ciudad et de 0,2% parmi les donneurs de sang à Tegucigalpa, capitale du Honduras.

En Amérique latine et aux Caraïbes, mi-1993, selon les estimations de l'OMS, le nombre cumulé d'adultes infectés par le VIH (Tableau 1) serait de 1,5 million et le nombre de cas de SIDA serait supérieur à 240 000. En janvier 1993, il avait été effectivement notifié plus de 64 000 cas de SIDA chez l'adulte et chez l'enfant. En décembre 1992, la Colombie et le Venezuela réunis avaient notifié plus de 5000 cas cumulés de SIDA, et l'Argentine près de 2000 cas. Le nombre de cas de SIDA et la charge qu'ils font peser sur les services de santé sont plus importants au Brésil, où l'on recensait plus de 31 000 cas en décembre 1992.

Figure 3. Prévalence de l'infection à VIH chez les personnes qui se sont présentées au dispensaire anti-MST – Amérique latine et Caraïbes, 1991-1992



Afrique subsaharienne

La plupart des données épidémiologiques disponibles indiquent que c'est vers la fin des années 1970 que le VIH a commencé à se propager massivement en Afrique subsaharienne. Dans certaines populations, la proportion relativement élevée de personnes qui ont de nouveaux partenaires sexuels et les taux élevés de MST classiques constituent à eux deux des facteurs importants dans la transmission hétérosexuelle du VIH.

En Afrique subsaharienne, selon les estimations de l'OMS, mi-1993, le nombre d'adultes à avoir contracté l'infection à VIH dépasserait les 8 millions (Tableau 1), dont environ de la moitié aux deux-tiers recensés en Afrique orientale et centrale, région qui réunit environ un sixième seulement de la population totale de l'Afrique subsaharienne.

Début 1993, l'Afrique subsaharienne avait notifié environ 211 000 cas cumulés de SIDA chez l'adulte et l'enfant; toutefois, compte tenu des cas méconnus, de la sous-notification et de la notification tardive, l'OMS estime – mi-1993 – à plus de 1,5 million le nombre de cas de SIDA survenus dans cette région, soit plus des deux-tiers du total mondial actuel (Tableau 1; Figure 2).

Comme c'est la transmission hétérosexuelle qui prédomine dans cette région, le nombre de cas d'infection à VIH chez les hommes et chez les femmes est à peu près le même, les femmes surpassant les hommes en nombre (6 contre 5). Elles sont plus de 4 millions de femmes en âge de procréer à avoir été infectées.

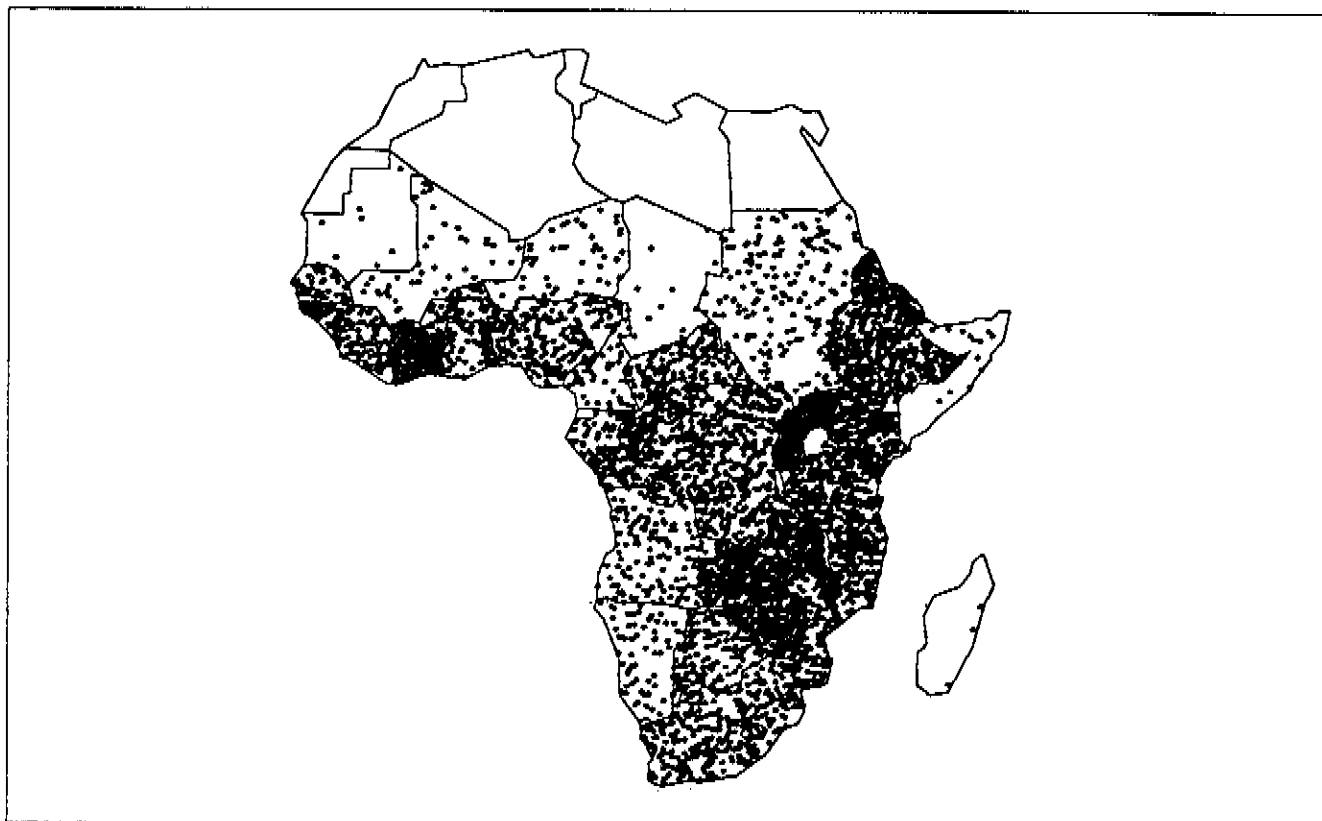
La transmission périnatale est très répandue et constitue un problème croissant. Fin 1992, selon une estimation de l'OMS, le chiffre des cas de SIDA chez l'enfant avoisinait les 500 000.

Dans cette région, la transmission du VIH lors de transfusions de sang contaminé continue de représenter une proportion relativement faible du total des cas d'infection à VIH – probablement moins de 10%. L'incidence de la transmission du VIH par ce biais baisse grâce à la mise en place à grande échelle du contrôle systématique des dons de sang destinés aux transfusions, et à une utilisation plus judicieuse du sang.

On pense qu'une faible proportion seulement de tous les cas d'infection à VIH en Afrique subsaharienne est imputable à des pratiques telles que la scarification rituelle et l'utilisation d'instruments perforants mal stérilisés (aiguilles et seringues, par exemple).

Les dernières données sérologiques concernant l'Afrique subsaharienne montrent que la pandémie poursuit sa progression, en particulier en Afrique occidentale et australe (Figure 4). Au Zimbabwe, par exemple, le nombre estimatif de personnes à avoir contracté l'infection dépasse les 600 000. Des prévalences du VIH de plus de 18% ont été observées chez les adultes dans les principales zones urbaines du Botswana. En Afrique occidentale, les résultats – pour 1992 – de la surveillance par sentinelle concernant le Nigéria, pays qui réunit presque le cinquième de la population d'Afrique subsaharienne, montrent clairement que le VIH s'est propagé dans l'ensemble du pays. Des prévalences du VIH allant de 15% à 20% ont été constatées au sein de certains groupes de prostituées. Dans 9 états sur les 11 où a été instituée une surveillance par sentinelle portant sur les personnes venues consulter dans les dispensaires anti-MST, la prévalence allait de 0,5% à 22,1%. Dans ces 11 états, la prévalence estimative du VIH parmi les femmes enceintes atteignait 5,8%. A Abidjan, en Côte d'Ivoire, la prévalence du VIH se situe entre 10% et 12%.

Figure 4. Répartition du nombre estimatif cumulé de cas d'infection à VIH chez l'adulte - Afrique subsaharienne, 1992

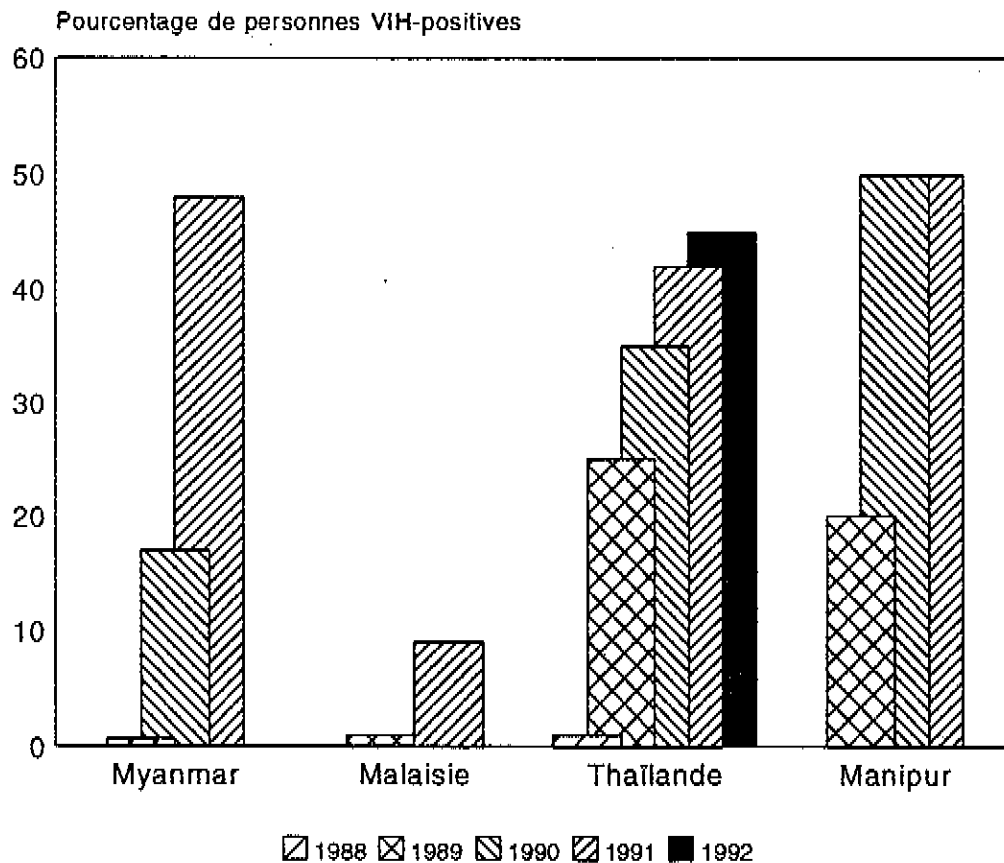


Asie du Sud et du Sud-Est

En Asie du Sud et du Sud-Est, la propagation massive du VIH n'a commencé que vers le milieu des années 1980, voire plus tard; mais la pandémie a progressé rapidement dans cette région. Selon une estimation de l'OMS, mi-1993, ils seraient plus de 1,5 million d'adultes à avoir été contaminés par le VIH (Tableau 1). C'est en Inde et en Thaïlande que l'on recense la majorité des cas d'infection à VIH, mais le virus s'est également propagé ailleurs dans cette région, au sein de certaines populations. Le nombre estimatif cumulé de cas de SIDA chez l'adulte et l'enfant serait à ce jour de 30 000, bien qu'il n'ait été notifié que 1445 cas (Tableau 1).

Dans la province de Yunnan, en Chine, le pourcentage de toxicomanes par voie intraveineuse à avoir été infectés par le VIH va de 10 à 30%. Dans d'autres pays de la région, on a constaté une hausse considérable de la prévalence du VIH parmi les toxicomanes qui se piquent, comme le montre la Figure 5.

Figure 5. Prévalence de l'infection à VIH chez les toxicomanes par voie intraveineuse – Asie du Sud et du Sud-Est, 1988-1992



La transmission hétérosexuelle du VIH semble gagner rapidement du terrain au sein d'autres groupes vulnérables. En Thaïlande, fin 1991, on a constaté un taux médian global de 21% chez les prostituées, et de 5,6% chez les personnes venues consulter dans les dispensaires anti-MST.

Début 1992, les estimations établies d'après les données de la surveillance par sentinelle en Thaïlande indiquaient que la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes venant au dispensaire pour des soins prénatals dépassait 1,4% dans plus de 20 provinces. Dans au moins 4 provinces, la prévalence était supérieure à 4%, et dans une province, elle atteignait 8,8%. Début 1990, le gouvernement de Thaïlande estimait à au moins 50 000 le nombre de personnes infectées par le VIH dans ce pays. Fin 1992, on estimait que ce chiffre était passé à environ 450 000.

Début 1993, on estime, au vu des données disponibles, qu'en Asie du Sud ils sont environ 1 million d'adultes à avoir été infectés par le VIH. Les études de la prévalence du VIH parmi les prostituées laissent entrevoir une forte tendance à la hausse dans au moins deux villes d'Inde. Une étude conduite à Pune, en Inde occidentale, et portant sur les personnes souffrant d'une MST, a montré chez elles une prévalence du VIH de presque 9% en 1991 et 17% en 1992. En mars 1992, la prévalence du VIH parmi les donneurs de sang allait de 0,1% à 1,8% dans quatre villes des parties Nord, Nord-Est, Sud et Ouest de l'Inde.

* * *

On n'a pas établi de façon définitive l'ampleur de la pandémie de VIH/SIDA ni l'ordre d'importance des différents modes de transmission dans les régions suivantes: Asie de l'Est et Pacifique; Europe orientale et Asie centrale; Afrique du Nord et Moyen-Orient. Toutefois, d'importants foyers de propagation du VIH ont été signalés dans plusieurs secteurs au sein de ces régions depuis le milieu des années 1980. Dans ces régions du monde, à ce jour, le nombre estimatif de cas de SIDA survenus chez les hommes, les femmes et les enfants avoisinerait les 15 000; il en a été notifié presque 5 000.

Asie de l'Est et Pacifique

L'OMS estime à plus de 25 000 le nombre cumulé d'adultes à avoir contracté l'infection à VIH dans cette région, fin 1992 (Tableau 1). D'après les données limitées dont on dispose, les 663 cas cumulés de SIDA notifiés jusqu'à janvier 1993 reflètent avec assez d'exactitude la situation actuelle de la maladie dans la majeure partie de l'Asie de l'Est et du Pacifique. Il s'agit pour une grande part d'hémophiles à qui l'on a transfusé des produits sanguins contaminés entre le début et le milieu des années 1980.

La province de Yunnan, en Chine, jouxte la région de l'Asie du Sud-Est et l'on peut considérer que la flambée de cas d'infection à VIH observée dans cette province chez les toxicomanes qui se piquent fait partie de l'épidémie d'Asie du Sud-Est. Le risque d'extension de la propagation du VIH aux Provinces chinoises voisines de Guangxi et de Guangdong, ainsi qu'à Hong Kong demeure très préoccupant.

Europe orientale et Asie centrale

Deux pays ont connu des flambées localisées de transmission du VIH parmi les nourrissons et les jeunes enfants; elles ont été la conséquence d'actes médicaux pratiqués sans respecter les règles de l'hygiène. Dans le cas de la Kalmukie (Fédération de Russie), ce sont plusieurs centaines d'enfants qui ont été contaminés par le biais de piqûres faites avec des seringues déjà utilisées et souillées de sang infecté par le VIH. Dans le cas de la Roumanie, où l'on pense que 1000 à 2000 enfants sont concernés, la transmission s'est produite lors de transfusions pratiquées avec du sang non contrôlé, et éventuellement lors de l'utilisation d'aiguilles et/ou de seringues qui n'avaient pas été convenablement désinfectées ou stérilisées.

Il ne faudrait toutefois pas croire que ce sont là les modes principaux de transmission du VIH dans cette région. Comme dans d'autres régions, la voie sexuelle est probablement le mode prédominant de transmission.

Mi-1993, en Europe orientale et en Asie centrale, l'OMS estime à environ 50 000 le nombre cumulé d'adultes à avoir été contaminés par le VIH (Tableau 1). L'OMS estime à plus de 3000 le nombre cumulé de cas de SIDA chez l'adulte et l'enfant survenus dans cette région; il en a été notifié 2 850.

Depuis 1989, on observe en Pologne des taux de prévalence du VIH d'au moins 10% parmi les toxicomanes qui se piquent. Toutefois, peu d'études épidémiologiques supplémentaires ont été entreprises sur ces groupes, et l'ampleur du problème du VIH et du SIDA dans cette population en Europe orientale et centrale reste mal définie.

Afrique du Nord et Moyen-Orient

Les quelques études dont on dispose sur cette région donnent à penser que le VIH a commencé à se propager largement vers la fin des années 1980 dans certaines parties d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient. Mi-1993, l'OMS estime à plus de 75 000 le nombre cumulé d'adultes d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient à avoir été contaminés par le VIH (Tableau 1). On a constaté une prévalence du VIH atteignant 40% chez les prostituées de la partie Sud du Soudan et à Djibouti, qui font l'un et l'autre partie de l'épidémie d'infection à VIH et de SIDA en Afrique subsaharienne.

On est peu et indirectement renseigné sur l'étendue des comportements à risque en Afrique du Nord et au Moyen-Orient. Par exemple, selon certains rapports, le nombre de cas de MST serait important parmi les employés de certaines compagnies pétrolières. Par ailleurs, il semble qu'il existe un important trafic de drogues telles que l'héroïne dans certaines parties de cette région.

En 1989, on a constaté une prévalence du VIH supérieure à 1% parmi les prostituées retenues par la police dans un pays d'Afrique du Nord. Cette même année, on a signalé dans un Etat du Golfe une prévalence d'environ 14% parmi les toxicomanes par intraveineuse connus de la police.

Sur les quelque 1 500 cas d'infection à VIH survenus parmi les résidents et les expatriés immigrants, et qui ont été notifiés ces sept dernières années par un autre Etat du Golfe, on pense qu'il en est survenu un tiers au cours de la seule année 1992, ce qui indique la rapidité avec laquelle l'épidémie a progressé dans cette région.

III. Estimations et projections mondiales concernant le VIH/SIDA

Depuis l'identification de la maladie au début des années 1980, des incertitudes demeurent quant au potentiel de propagation du VIH et aux dimensions que la pandémie va finir par prendre. Les principales incertitudes sont les suivantes:

- quelles seront la date et l'amplitude du maximum de prévalence dans les différentes populations vulnérables des diverses régions géographiques, et
- à quel rythme les enfants et les adultes infectés par le VIH développeront un SIDA et décèderont.

En dépit de ces incertitudes, on a pu mettre au point divers méthodes et modèles pour effectuer des projections de la pandémie.

Pour effectuer des projections, il faut dans un premier temps jauger l'ampleur actuelle de la pandémie d'infection à VIH. Dans ce cas précis, le grand problème est que l'infection à VIH est en général silencieuse – les cas de SIDA constituent la seule partie visible de l'"iceberg". Tenter d'estimer le nombre de cas d'infection à VIH à partir du nombre de cas de SIDA présente plusieurs inconvénients majeurs. Pour commencer, le nombre de cas de SIDA recensés peut lui-même être très en-dessous de la réalité dans certains pays en raison de l'insuffisance des moyens diagnostiques et de la médiocrité des systèmes de notification. Même en connaissant le nombre exact de cas de SIDA, partir de là pour établir le nombre de cas d'infection à VIH ne saurait être simple étant donné la longueur et la variabilité de l'intervalle de temps entre la contamination par le VIH et l'apparition des

symptômes du SIDA. En outre, étant donné la longueur de cet intervalle, les cas de SIDA reflètent au mieux l'ampleur de la pandémie d'infection à VIH et la répartition des cas 5 à 10 ans plus tôt.

Pour estimer l'ampleur actuelle de la propagation du VIH, l'OMS s'appuie donc sur d'autres sources d'information, telles que les études de la prévalence du VIH au sein de certains groupes de populations et de certaines régions, la taille estimative de ces groupes, la prévalence dans les régions voisines, et l'évolution de la tendance, par exemple l'évolution de la prévalence d'une année à l'autre au sein d'un groupe donné (voir Figure 5). Les Tableaux 1 et 2, respectivement, présentent les estimations OMS du nombre cumulé de cas d'infection à VIH chez l'adulte et de la prévalence actuelle et prévue par grande région.

On ne peut pas encore prédire de façon fiable les dimensions que la pandémie de VIH/SIDA finira par prendre à longue échéance. Toutefois, sur la base des données disponibles concernant l'état de la pandémie à l'échelle mondiale et des tendances actuelles de sa progression, l'OMS a défini dans quelles limites se situera vraisemblablement le nombre de nouveaux cas d'infection à VIH au cours des années 1990. Pour établir des projections de l'ampleur future de la pandémie, l'OMS prend la valeur inférieure de ses fourchettes régionales estimatives de prévalence du VIH. Les prévisions de l'OMS sont donc probablement en-dessous de la réalité. D'après les projections de l'OMS, il faut s'attendre au cours de cette décennie à environ 10-15 millions de nouveaux cas d'infection à VIH chez l'adulte, pour la plupart dans les pays en développement. Au cours de cette même période, l'OMS prévoit que jusqu'à 5 à 10 millions d'enfants naîtront porteurs du virus ou seront contaminés par le biais de l'allaitement au sein, pour la plupart en Afrique subsaharienne. D'ici à l'an 2000, le nombre cumulé de décès chez l'adulte à cause de l'infection à VIH devrait passer de 2 millions – total actuel – à plus de 8 millions.

Les projections concernant le nombre de cas de SIDA chez le nourrisson et l'enfant ont été établies sur la base d'un taux de transmission périnatale d'environ 30%. Ce qui veut dire que jusqu'à 70% des nourrissons nés de mère infectée ne seront pas contaminés. Les mères infectées mourront vraisemblablement du SIDA 5 à 10 ans après avoir mis au monde ces enfants non infectés qui viendront grossir le nombre des orphelins. On peut déjà prédire que, d'ici à la fin des années 1990, il y aura jusqu'à 5-10 millions d'orphelins du SIDA de moins de 10 ans – orphelins de mère, ou de mère et de père. Ce chiffre continuera d'augmenter au cours des premières années du siècle prochain, à la suite du décès de parents infectés par le VIH dans les années 1990.

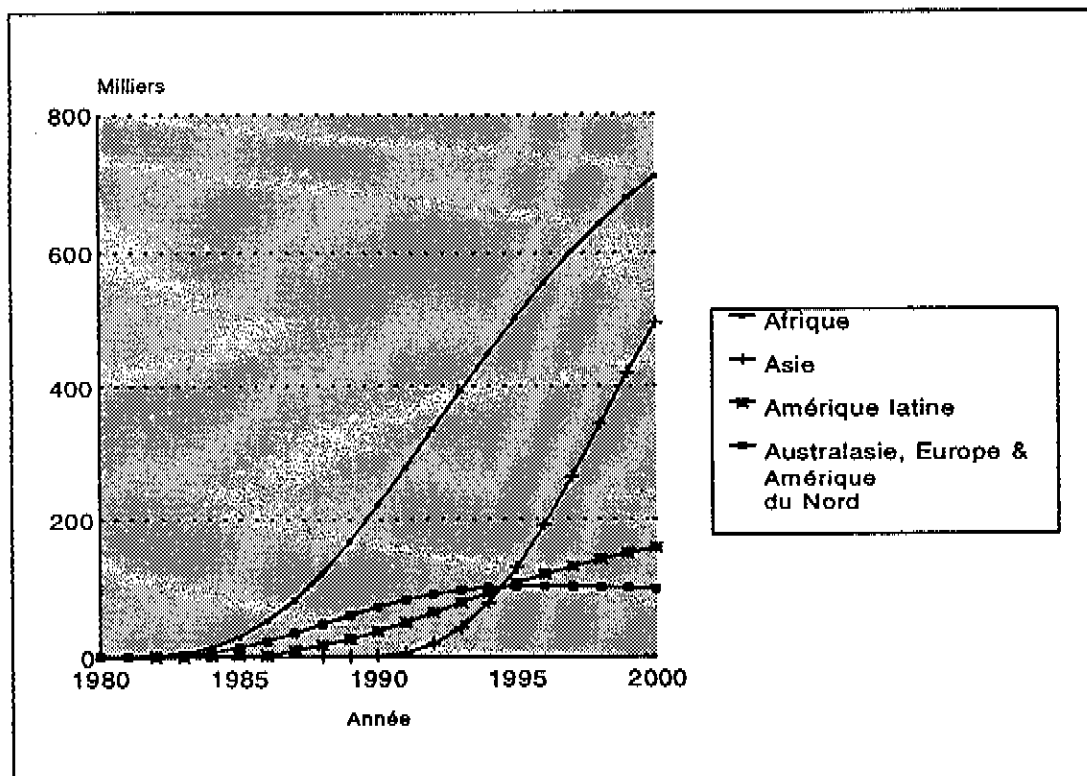
Pour l'an 2000, les projections récentes de l'OMS font état d'un total cumulé de cas d'infection chez les hommes, les femmes et les enfants de 30 à 40 millions, dont plus de 90% dans les pays en développement. Pour le total cumulé des cas de SIDA chez l'adulte, la projection avoisine les 10 millions. Le Tableau 2 présente les estimations de l'OMS, par grande région, du nombre d'adultes infectés par le VIH à mi-1993, ainsi que les projections du nombre de personnes qui vivront avec l'infection à VIH en l'an 2000. La Figure 6 donne, par année, les estimations et les projections de l'incidence du SIDA dans les mêmes régions.

Tableau 2. Projections et estimations de la prévalence du VIH chez les adultes par grande région

Grande région	MI-1993		2000	
	Prévalence estimative du VIH ¹	Population estimative entre 15 et 49 ans (1990)	Projection de la prévalence du VIH	Projection de la population entre 15 et 49 ans
Australasie, Europe et Amérique du Nord	> 1,2 million	646 millions	1 million	675 millions
Amérique latine et Caraïbes	> 1,3 million	227 millions	> 2 millions	282 millions
Afrique	> 6,5 millions	289 millions	> 9 millions	397 millions
Asie	2 millions	1527 millions	8 millions	1843 millions
Total mondial	> 11 millions	2689 millions	> 20 millions	3197 millions

¹ Nombre total de personnes infectées par le VIH, en vie.

Figure 6. Estimations et projections de l'incidence¹ annuelle du SIDA, par grande région - 1980-2000



¹ Nombre de nouveaux cas de SIDA chaque année.

L'augmentation de la mortalité chez l'adulte et l'enfant fait craindre que le SIDA soit à ce point dévastateur qu'il ne convertisse des taux de croissance démographique positifs en taux négatifs et extermine des populations entières. En décembre 1989, l'OMS, en association avec la Division de la Population des Nations Unies, a utilisé six modèles mathématiques pour examiner les conséquences démographiques de la pandémie de SIDA. La modélisation a montré que, dans une population avec un taux de croissance de 3%, il fallait une prévalence du VIH de plus de 40% au sein de la population toute entière – ce qui ne s'est encore jamais vu dans une population générale – pour en arriver à un taux de croissance négatif.

Au cours des années 1990, c'est dans les grandes zones urbaines d'Afrique subsaharienne que le SIDA aura le plus d'impact, surtout en Afrique orientale et centrale, où actuellement, dans certaines villes, jusqu'à un quart ou un tiers de la population adulte entre 15 et 49 ans est infecté par le VIH. Dans ces villes, le décès dû au SIDA de jeunes enfants et de personnes entre 15 et 49 ans risque de réduire la croissance démographique prévisible de plus de 30%, et le taux de mortalité chez les adultes pourrait plus que tripler. En outre, on risque de voir la pandémie se propager en Asie et ravager ce continent qui regroupe plus de la moitié de la population mondiale.

* * * * *