

WHO/GPA/TCO/SEF/94.4
Original: Anglais
Distr.: Générale

PROGRAMME
MONDIAL DE LUTTE
CONTRE LE **SIDA**

PANDEMIE DE VIH/SIDA:
BILAN 1994



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTE

© Organisation mondiale de la Santé 1994

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé ou cité sans aucune restriction, il ne saurait cependant être reproduit ni traduit, partiellement ou en totalité, pour la vente ou à des fins commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par les auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

PANDEMIE DE VIH/SIDA: BILAN 1994

TABLE DES MATIERES

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 d'infection à VIH/SIDA et répartition géographique des cas	6
	• Australasie, Amérique du Nord et Europe occidentale	7
	• Amérique Latine et Caraïbes	8
	• Afrique subsaharienne	9
	• Asie du Sud et du Sud-Est	11
	• Asie de l'Est et Pacifique	12
	• Europe orientale et Asie centrale	12
	• Afrique du Nord et Moyen-Orient	13
III.	Estimations et projections mondiales concernant le VIH/SIDA	13

THE POLYMERIZATION OF

ACRYLAMIDE

BY R. H. HARRIS AND J. H. HARRIS

Department of Chemistry, University of California, San Diego, La Jolla, California 92037

Received May 15, 1967

Revised July 10, 1967

ABSTRACT

The polymerization of acrylamide

was studied in the presence of

various metal ions and

complexing agents. The

rate of polymerization

was found to be

independent of the

concentration of the

metal ions and

complexing agents.

The polymerization

was found to be

independent of the

concentration of the

monomer.

The polymerization

was found to be

independent of the

concentration of the

initiator.

The polymerization

was found to be

independent of the

concentration of the

metal ions and

complexing agents.

The polymerization

was found to be

independent of the

concentration of the

monomer.

The polymerization

was found to be

independent of the

concentration of the

metal ions and

complexing agents.

The polymerization

was found to be

independent of the

concentration of the

monomer.

The polymerization

was found to be

independent of the

concentration of the

metal ions and

complexing agents.

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 plusieurs épidémies distinctes (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 hommes et les femmes 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-1994, on estime à plus de 17 millions le nombre de cas d'infection à VIH survenus depuis le début de la pandémie, dont plus de 16 millions chez l'adulte (Figure 1; Tableau 1).

Figure 1. Répartition estimative mondiale des cas cumulés d'infection à VIH chez l'adulte, depuis la fin des années 1970/début des années 1980 jusqu'à mi-1994

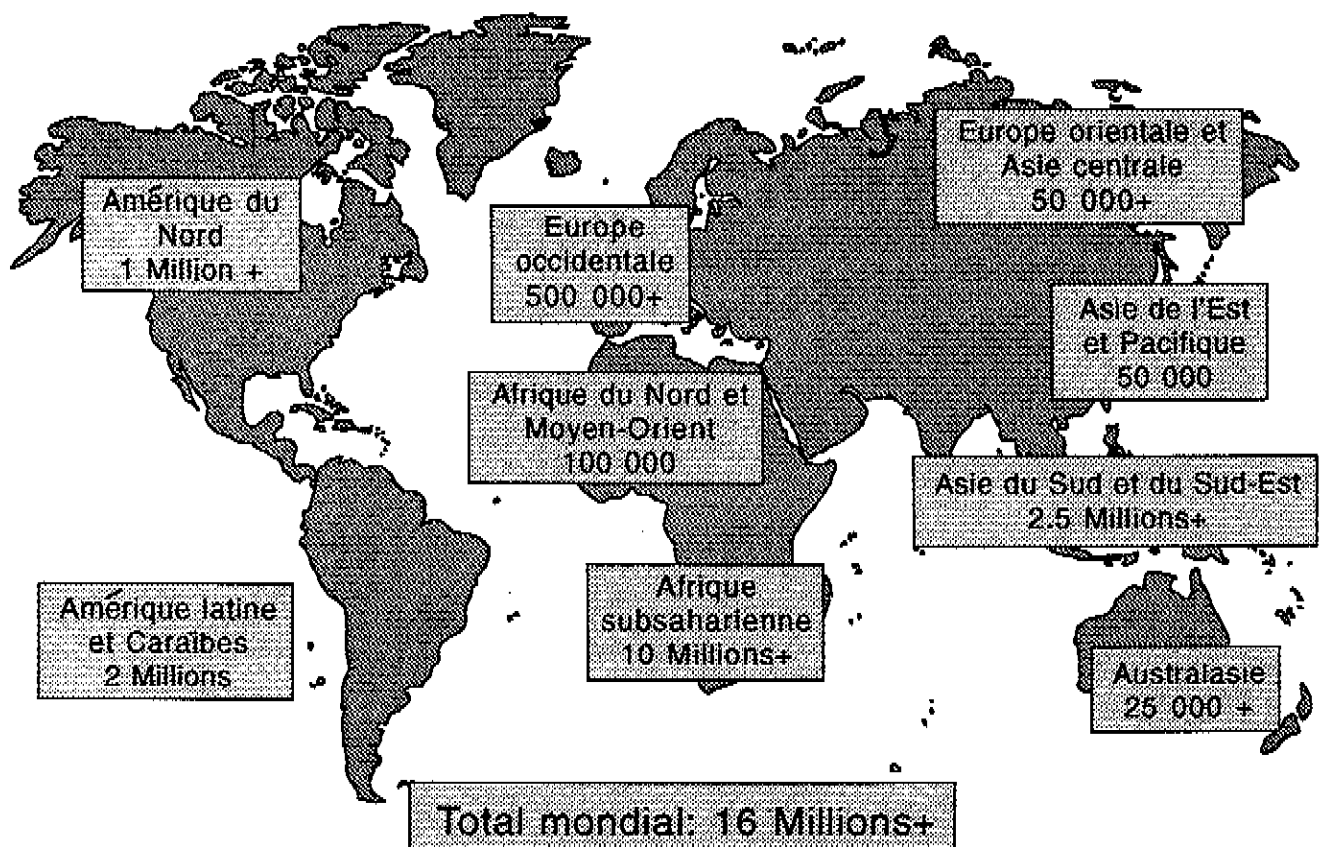


Tableau 1. La situation du VIH/SIDA — mi-1994

Région	Total estimatif des cas d'infection à VIH chez l'adulte ¹	Total estimatif des cas de SIDA chez l'adulte ¹	Nombre cumulé de cas de SIDA signalés (chez l'adulte et l'enfant)	Ratio homme/femme des cas d'infection à VIH
Australasie	> 25 000	> 5 000	5 158	5-6
Amérique du Nord	> 1 million	> 450 000	421 418	5-6
Europe occidentale	> 500 000	> 150 000	111 877	5-6
Amérique latine et Caraïbes	2 millions	> 400 000	102 359	4
Afrique subsaharienne	> 10 millions	2 millions	330 805	à peu près 0.9
Asie du Sud et du Sud-Est	> 2.5 millions	250 000	7 195	2-3
Asie de l'Est et Pacifique	50 000	> 2 000	1 073	5-6
Europe orientale et Asie centrale	> 50 000	> 7 000	3 932	5-6
Afrique du Nord et Moyen-Orient	100 000	> 15 000	1 302	4
Total mondial	> 16 millions	> 3 millions	985 119	1.5

¹ La fin des années 70/début des années 80 à mi-1994

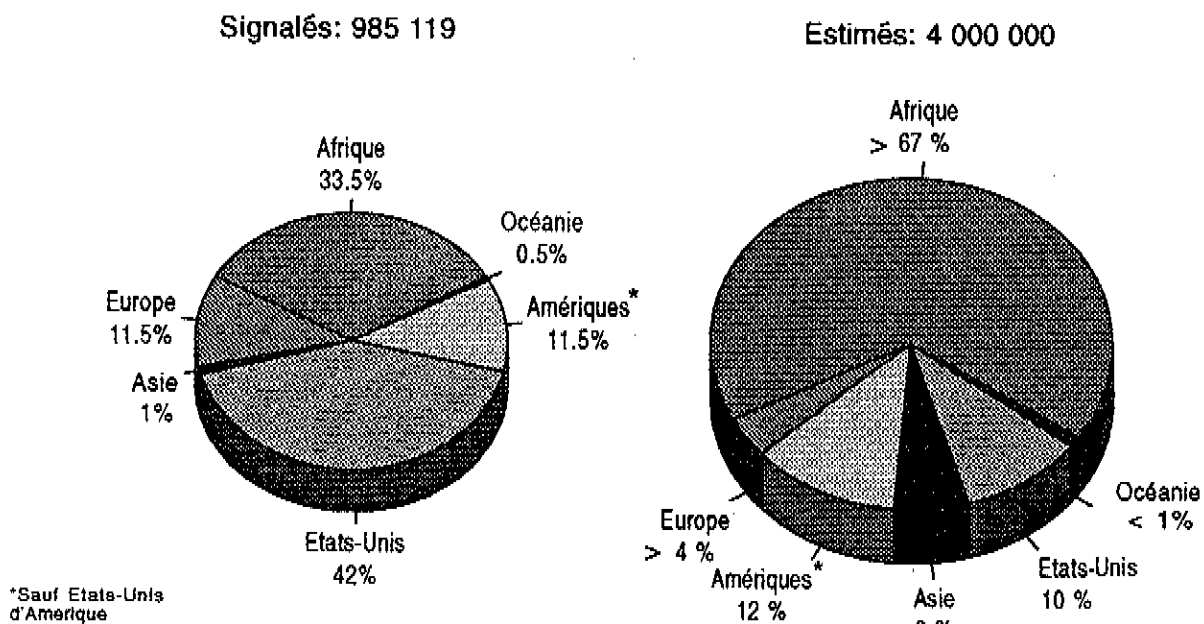
² Nombre d'hommes infectés, pour une femme

Initialement, dans les pays industrialisés, les hommes étaient plus exposés au VIH que les femmes, principalement par les rapports homosexuels ou bisexuels ou la toxicomanie par injection de drogues, 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'infection sera 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 plus de 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 par le monde étant le VIH-1. Le VIH-2 s'est propagé durant les années 1980, surtout en Afrique occidentale, bien que l'on ait signalé des épisodes épidémiques 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. Toutefois, le VIH-2 se transmet moins facilement et l'infection à VIH-2 évolue moins rapidement vers la maladie.

Au 1er juillet 1994, le total des cas de SIDA signalés à l'OMS était de 985 119 (Tableau 1), mais, selon les estimations de l'Organisation, mi-1994, s'il est tenu compte du sous-diagnostic, de la sous-notification et des retards dans la notification, le nombre cumulé de cas de SIDA dans le monde serait d'environ 4 millions (Figure 2); sur ce chiffre, il y aurait plus de 750 000 cas de SIDA pédiatrique dus à la transmission mère-enfant, la plupart recensés en Afrique subsaharienne.

Figure 2. Total des cas de SIDA chez l'adulte et l'enfant depuis la fin des années 1970/début des années 1980 jusqu'à mi-1994



On enregistre désormais des signes de stabilisation de la prévalence de l'infection à VIH dans certaines régions, telles que les pays industrialisés d'Australasie, d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale, ainsi que dans les zones à forte prévalence d'Afrique orientale et centrale; ces changements ne sont pas nécessairement une évolution positive par rapport à la prévention. La stabilisation de la prévalence peut simplement indiquer que le nombre de décès dus au SIDA au cours de l'année écoulée égale plus ou moins le nombre de nouveaux cas d'infection. D'autre part, cette stabilisation peut masquer des augmentations disproportionnées de certains modes de transmission, comme cela a été le cas pour la transmission hétérosexuelle du VIH dans bon nombre de pays industrialisés, ou une augmentation disproportionnée des nouveaux cas d'infection chez les jeunes. Ces phénomènes sont le signe du passage d'une épidémie à une endémie. La stabilisation des taux de prévalence de l'infection à VIH n'est qu'une facette de plus d'un problème VIH/SIDA qui évolue sans cesse.

b. Les modes de transmission du VIH

Il est capital de comprendre les modes de transmission du VIH pour comprendre l'épidémiologie de la pandémie. 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).

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). La transmission par ce biais continue de gagner du terrain. La transmission lors de rapports sexuels entre hommes est présente dans la plupart des régions du monde, encore que dans les pays industrialisés, elle soit devenue moins fréquente grâce à l'adoption par les homosexuels masculins de pratiques sexuelles plus sûres.

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 la sécurité transfusionnelle, grâce à la sélection et à la fidélisation de donneurs de sang volontaires et bénévoles à faible risque, le contrôle des dons de sang, et grâce à l'utilisation plus judicieuse du sang (consistant à éviter les transfusions inutiles). Moins couramment, le VIH peut également se transmettre lors de l'utilisation d'instruments perforants 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, dans à peu près un tiers des cas, l'enfant né de mère infectée par le VIH sera porteur du virus. La transmission de la mère à l'enfant se produit, la plupart du temps, au cours de la grossesse et pendant l'accouchement; on pense toutefois que certains cas sont imputables à l'allaitement

au sein. Des informations récentes laissent croire que non moins de 15% des bébés nourris au sein par une mère infectée ont été contaminés par le biais du lait maternel.

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 long par rapport à la plupart des maladies transmissibles, et varie considérablement d'un individu à l'autre. Environ 50% des personnes infectées tombent malades dans les dix ans qui suivent l'infection 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, et dépend de facteurs tels que l'exposition aux infections opportunistes et l'accès au soins de santé.

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.

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 portent à 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, le diagnostic et le traitement efficaces et précoces des MST ainsi qu'une information sur les moyens d'éviter d'en contracter d'autres sont importants pour la prévention.

Environ 30 à 50% d'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.

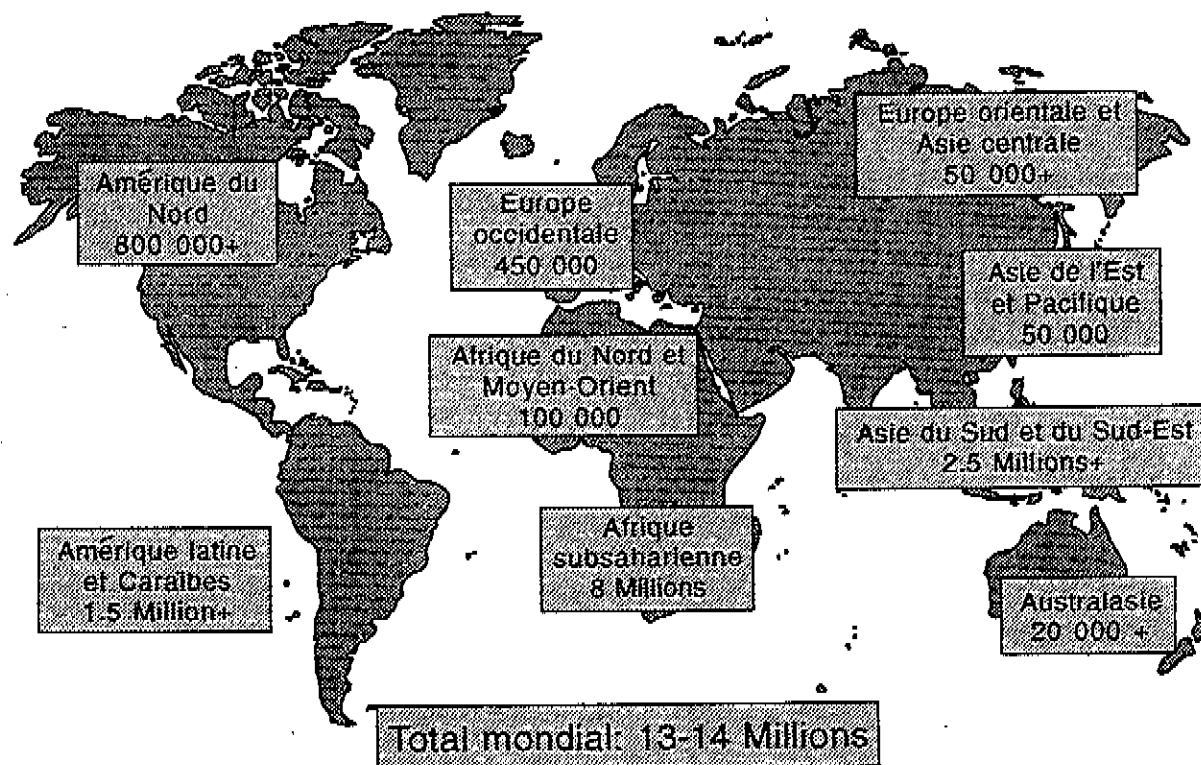
La tuberculose constitue déjà l'une des principales causes de mortalité chez l'adulte, dans nombre de pays en développement, tuant environ 3 millions de gens chaque année. Dans nombre de pays, on constate une recrudescence alarmante de la tuberculose, parallèlement à l'épidémie de SIDA. L'infection à 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, 5 à 10% de ces personnes doublement infectées sont susceptibles de développer une tuberculose active. En outre, des études récentes aux Etats-Unis indiquent que l'augmentation des cas de tuberculose active dans ce pays est dans une certaine mesure liée à l'apparition récente, et non à la réactivation de cette maladie chez des personnes infectées par le VIH, qui sont à risque accru de tuberculose.

II. Etendue de la pandémie d'infection à 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. La Figure 1 donne les chiffres estimatifs, par région, de l'incidence estimative cumulée de l'infection à VIH chez l'adulte, c'est-à-dire le nombre total de cas d'infection à VIH survenus chez l'adulte depuis la fin des années 1970/début des années 1980 jusqu'à mi-1994, tandis que la Figure 3 donne les chiffres estimatifs, par région, de la prévalence de l'infection à VIH. Les estimations de la prévalence de l'infection à VIH représentent le total des personnes infectées par le VIH qui sont vivantes à un moment donné dans le temps. S'agissant d'une infection chronique comme l'infection à VIH, au début de l'épidémie, les estimations cumulées de l'incidence et celles de la prévalence se tenaient plus ou moins. Mais à mesure que les personnes infectées par le VIH au début de la pandémie meurent du SIDA, le fossé entre ces deux mesures se creuse, et il continuera de se creuser au fur et à mesure de la progression de la pandémie, surtout dans les régions où l'épidémie sévit depuis le plus d'années: Australasie, Amérique latine et Caraïbes, Amérique du Nord, Afrique subsaharienne et Europe occidentale.

Figure 3. Répartition mondiale estimative des cas d'infection à VIH chez les adultes en vie à la mi-1994 (cas de SIDA compris)



Australasie, Amérique du Nord et Europe occidentale

En Australasie, en Amérique du Nord et en Europe occidentale, la propagation épidémique du VIH a commencé entre la fin des années 1970 et le 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-1994, on estime à plus de 1,5 million le nombre cumulé de cas d'infection à VIH chez l'adulte dans ces régions, dont environ les deux-tiers — soit plus de 1 million de cas — aux Etats-Unis. Au total, un nombre cumulé de 538 453 cas de SIDA chez les adultes et les enfants a été signalé, mais d'après une estimation de l'OMS, il y aurait en fait plus de 600 000 cas rien que chez les adultes (Tableau 1).

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. Dès 1988, le SIDA constituait la première cause de mortalité chez les adultes entre 25 et 34 ans à New York. Dès 1989, les maladies associées au VIH étaient devenues la deuxième cause de mortalité chez les hommes et la sixième cause de mortalité aux Etats-Unis chez les adultes de 25 à 44 ans.

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, non moins de 40% des cas correspondent à des toxicomanes qui se piquent. En Europe, le SIDA a en majorité touché les homosexuels masculins en Scandinavie, alors qu'au Sud, en Italie et en Espagne, les deux-tiers des cas de SIDA, voire plus, concernent les toxicomanes qui se piquent.

Si l'incidence de l'infection à VIH parmi les homosexuels masculins semble diminuer dans bon nombre de pays depuis le début jusqu'au milieu des années 1980, on continue d'enregistrer un nombre important de nouveaux cas d'infection chez les jeunes homosexuels masculins. Toutefois, la proportion des cas de SIDA imputables à la seule transmission sexuelle entre hommes a diminué ces dernières années. Par exemple, aux Etats-Unis, cette proportion qui était de 73% en 1985, est descendue à 52% en 1992. Au cours de la même période, en Europe occidentale, la proportion de cas de SIDA imputables à la transmission homosexuelle a baissé, passant de 62% à 36%. Par contre, la proportion des cas imputables à la toxicomanie par injection de drogue uniquement continue d'augmenter dans bon nombre d'endroits; en Europe, ce mode de transmission représente 40% des cas récents de SIDA, alors qu'il représentait 16%, environ, des cas de SIDA en 1985. Aux Etats-Unis, cette proportion est passée de 17% en 1985 à 25% en 1992.

La transmission hétérosexuelle du VIH a augmenté durant la seconde moitié des années 1980 et au début des années 1990, avec des augmentations particulièrement notables au sein des populations urbaines concernées par des taux élevés de toxicomanie par injection ou de MST. Jusqu'à un tiers des nouveaux cas d'infection à VIH dans certains centres urbains en Ecosse sont désormais imputables à la transmission hétérosexuelle. Au cours de l'année 1992, à Londres, la prévalence de l'infection à VIH parmi les femmes se présentant à la clinique pour des soins prénatals s'est située entre 1 et 5 pour 1000. D'après des études portant sur les naissances d'enfants aux Etats-Unis, la séroprévalence moyenne estimative pour les femmes en âge de procréer dans l'ensemble du territoire a été de 1,7 pour 1000 de 1991 à 1992.

Amérique latine et Caraïbes

Mi-1994, l'OMS estime à 2 millions le nombre cumulé de cas d'infection à VIH survenus chez l'adulte en Amérique latine et aux Caraïbes (Tableau 1). L'OMS estime en outre à plus de 400 000 le nombre de cas de SIDA survenus dans cette région. Au mois de juillet 1994, le nombre de cas de SIDA chez l'adulte et chez l'enfant effectivement signalés dépassait 100 000. Dès juillet 1994, la Colombie et le Venezuela avaient à elles deux signalé plus de 8 000 cas cumulés de SIDA; l'Argentine en avait signalé près de 4 000. C'est au Brésil que l'on enregistre le nombre le plus élevé de cas de SIDA, avec plus de 49 000 cas signalés jusqu'au juillet 1994.

La propagation épidémique du VIH a commencé 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 été touchés en premier par l'infection à VIH. La transmission hétérosexuelle a depuis gagné du terrain, surtout parmi les hommes bisexuels et leurs partenaires sexuelles, et parmi les prostituées et leurs clients. Par exemple, au Brésil, le pourcentage des cas de SIDA signalés imputables à la transmission hétérosexuelle est passée de 7,5% en 1987 à 26% en 1993-1994. Ces cas de SIDA correspondent aux personnes qui ont contracté l'infection à VIH au début des années 1980. Les cas d'infection à VIH parmi les toxicomanes qui se piquent constituent un problème croissant, par exemple en Argentine (où la prévalence de l'infection à VIH parmi ces toxicomanes 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 études portant sur les femmes enceintes venues à la clinique pour des soins prénatals en 1990-1991 ont montré des taux de prévalence du VIH de près de 3% aux Bahamas, et de plus de 1% à Saint-Domingue, en République Dominicaine, et dans l'Etat de São Paulo, au Brésil.

Au Brésil, les données relatives aux cas de SIDA laissent penser que les cas d'infection à VIH concernent en majorité les états du Sud-Est, mais les données sur la prévalence de l'infection à VIH chez les personnes venues consulter dans certains dispensaires anti-MST indiquent que la répartition géographique des cas d'infection à VIH est plus étendue (Tableau 2).

Tableau 2: Prévalence de l'infection à VIH chez les hommes qui se sont présentés dans certains dispensaires anti-MST pour le dépistage de la syphilis — Brésil, début 1993

		Prévalence de l'infection à VIH	
Ville	Région du Brésil	Estimation ponctuelle (%)	Intervalle de confiance à 90%
Aracaju	Nord-Est	1.3	0.0-4.0
Belém	Nord	5.2	2.5-9.5
Belo Horizonte	Sud-Est	2.3	1.0-3.5
Brasília	Centrale	2.9	1.5-6.0
Porto Alegre	Sud	4.5	3.0-6.0
Salvador (Bahía)	Nord-Est	10.4	0.0-20.0
São Paulo	Sud	15.3	10.5-20.0

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 de manière épidémique en Afrique subsaharienne. Mi-1994, environ 330 000 cas cumulés de SIDA chez l'adulte et l'enfant avaient été signalés en Afrique subsaharienne; toutefois, compte tenu du sous-diagnostic, de la sous-notification et de la notification tardive, l'OMS estime à plus de 2 millions le nombre de cas de SIDA chez l'adulte survenus dans cette région, soit plus des deux-tiers du total mondial actuel (Tableau 1; Figure 2). A la mi-1994, l'OMS estime à plus de 10 millions le nombre de cas d'infection à VIH chez l'adulte en Afrique subsaharienne.

Sur le total des cas d'infection survenus dans cette région, environ 50% à 65% concernent l'Afrique orientale et centrale, région qui ne réunit que 15%, à peu près, de la population totale de l'Afrique subsaharienne. Les données épidémiologiques indiquent que c'est la transmission hétérosexuelle qui prédomine dans cette région. La transmission du VIH lors de transfusions de sang contaminé représente probablement moins de 10% du total des cas d'infection. L'incidence de la transmission du VIH par ce biais est en baisse grâce à la mise en place à plus 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). En Afrique occidentale, les résultats — pour 1992 — de la surveillance par réseau sentinél au Nigéria, pays qui regroupe presque le cinquième de la population d'Afrique subsaharienne, montrent clairement que le VIH s'est propagé dans l'ensemble du pays. Des taux de prévalence du VIH allant de 15% à 20% ont été constatés au sein de certains groupes de prostituées. Dans 9 états nigériens sur 11 où a été instituée la surveillance sentinelle portant sur les personnes venant consulter dans des cliniques anti-MST choisies, la prévalence allait de 0,5% à 22%. Dans un état, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes était estimée à non moins de 6%. Parmi les personnes venant aux consultations prénatales à Abidjan, en Côte d'Ivoire, la prévalence de l'infection à VIH se situe entre 10% et 15%. Une situation analogue à celle de l'Afrique occidentale apparaît en Afrique australe. Des taux de prévalence de l'infection à VIH supérieurs à 20-30% ont été observés parmi les adultes dans les grandes agglomérations du Botswana. En outre, des données inquiétantes concernant la République sud-africaine laissent penser que la prévalence du VIH a triplé entre 1990 et 1992 chez les femmes fréquentant les cliniques prénatales dans la plupart des régions de ce pays. Les données regroupées, collectées dans les cliniques prénatales de la République d'Afrique du Sud (à l'exclusion du Bophuthatswana) indiquaient une prévalence globale du VIH de 2,4%, en 1992.

La Figure 4 montre l'évolution de la prévalence estimée de l'infection à VIH à l'échelle nationale chez l'adulte dans 15 pays d'Afrique subsaharienne depuis 1980.

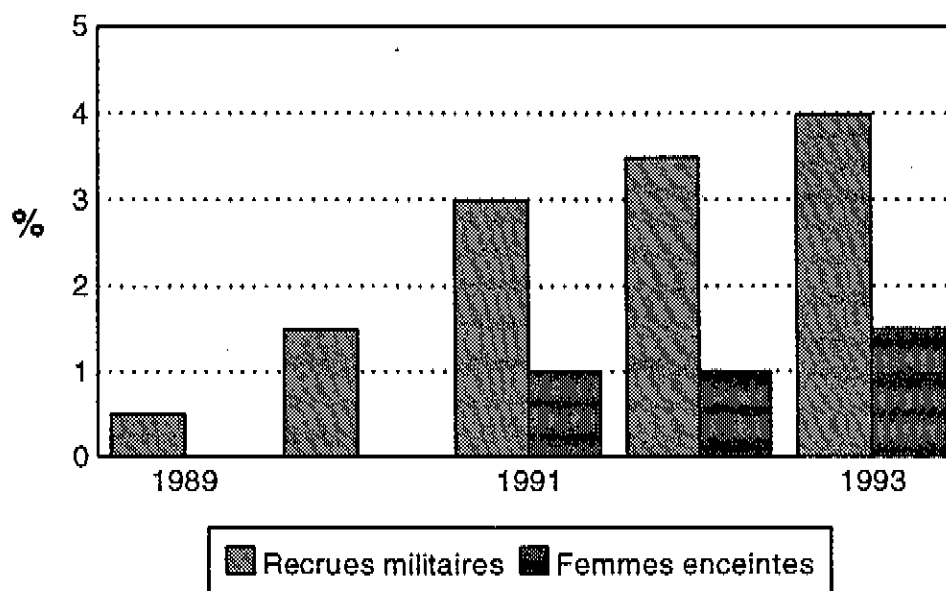
Asie du Sud et du Sud-Est

En Asie du Sud et du Sud-Est, la propagation épidémique du VIH a commencé vers le milieu des années 1980, voire plus tard; mais la pandémie progresse rapidement dans cette région. A la mi-1994, l'OMS estime à plus de 2,5 millions le nombre de cas d'infection à VIH survenus chez l'adulte (Tableau 1), dont plus de 1,5 million en Asie du Sud et environ 1 million en Asie du Sud-Est. A ce jour, on estime à 250 000 le nombre cumulé de cas de SIDA survenus chez l'adulte, alors qu'il n'a été signalé que 7 195 cas chez l'adulte et l'enfant (Tableau 1).

C'est en Inde et en Thaïlande que l'on a recensé la majorité des cas d'infection à VIH, mais ailleurs dans cette région, le virus se propage rapidement au sein de certaines populations. Un nombre important de cas d'infection à VIH ont récemment été détectés parmi les toxicomanes qui se piquent à Hô-Chi-Minh-Ville, au Viet Nam, en Malaisie péninsulaire, et dans la province de Yunnan, en Chine. A Hô-Chi-Minh-Ville, les taux de prévalence parmi les toxicomanes qui se piquent sont passés de 2%, fin 1992, à plus de 30% au troisième trimestre de 1993. A Bangkok (Thaïlande), à Manipur (Inde du Nord-Est) ainsi qu'à Yangon (Myanmar), le taux de prévalence de l'infection à VIH chez les toxicomanes qui se piquent est monté à 50% entre la fin des années 1980 et 1992. Simultanément, la transmission hétérosexuelle du VIH gagne du terrain dans cette région, où l'on enregistre des taux élevés d'infection chez les prostituées dans plusieurs états d'Inde, dans diverses villes du Myanmar et en Thaïlande. Des cas d'infection à VIH ont également été détectés parmi des prostituées au Cambodge, ainsi que parmi les pêcheurs travaillant dans les parages orientaux et occidentaux de l'archipel indonésien.

En Thaïlande, l'infection à VIH se propage désormais dans la population générale. Selon une série d'enquêtes effectuées en 1992, plus de 3,5% des recrues militaires âgés de 21 ans et originaires de nombreuses régions du pays se sont révélés être infectés, le taux de prévalence approchant les 20% à Chiang-Rai, dans le Nord de la Thaïlande. Parmi les femmes fréquentant les cliniques prénatales à Chiang-Mai et Chiang-Rai, dans le Nord de la Thaïlande, le taux de prévalence de l'infection à VIH avoisine désormais les 8%. La Figure 5 donne les estimations, pour l'ensemble du territoire, de la prévalence de l'infection à VIH dans ces deux groupes, considérés comme représentatifs de la population générale.

Figure 5. Prévalence de l'infection à VIH chez les recrues militaires et chez les femmes enceintes fréquentant les cliniques prénatales, en Thaïlande, 1989-1993



En Asie du Sud, des études sur la prévalence de l'infection à VIH chez les prostituées ont révélé une tendance très nette à la hausse dans plusieurs grandes villes de l'Inde. Dans les zones urbaines de nombre d'états de l'Inde, comme le Tamil Nadu, le Gujarat, le Karnataka et le Pendjab, on estime désormais à plus de 1% le taux de prévalence de l'infection chez les patients consultant pour des maladies sexuellement transmissibles.

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 du VIH 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 d'infection à 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, on estime à plus de 20 000 le nombre estimatif de cas de SIDA survenus chez l'adulte; il en a été signalé plus de 6000.

Asie de l'Est et Pacifique

L'OMS estime à environ 50 000 le nombre cumulé de cas d'infection à VIH chez l'adulte dans cette région, à mi-1994 (Tableau 1). Une proportion significative des 1073 cas de SIDA signalés à ce jour correspondent à des 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 Guangdong demeure très préoccupant.

Europe orientale et Asie centrale

Mi-1994, l'OMS estime à plus de 50 000 le nombre cumulé de cas d'infection à VIH survenus chez l'adulte en Europe orientale et en Asie centrale (Tableau 1). L'OMS estime à plus de 7 000 le nombre cumulé de cas de SIDA chez l'adulte survenus dans cette région; il en a été signalé 3 932.

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 normes sanitaires. En ce qui concerne l'épidémie localisée en Kalmukie (Fédération de Russie), en 1988, ce sont plusieurs centaines d'enfants qui ont été contaminés par le biais de piqûres faites avec des seringues déjà utilisées et contaminées de sang infecté par le VIH. Quant à l'épidémie localisée survenue en Roumanie, en 1989, où l'on pense que 1000 à 2000 enfants ont été concernés, la transmission s'est produite lors de transfusions pratiquées avec du sang non contrôlé, et éventuellement lors de l'utilisation d'aiguilles et de seringues qui n'avaient pas été convenablement désinfectées ni stérilisées.