



CARAÏBES

Près de trois quarts des 250 000 [190 000 - 320 000] personnes vivant avec le VIH dans les Caraïbes vivent dans les deux pays qui se partagent l'île d'Hispaniola : la **République dominicaine** et **Haïti**. Mais les taux nationaux de prévalence du VIH chez l'adulte sont élevés dans l'ensemble de la région : 1%-2% à la **Barbade**, en **République dominicaine** et en **Jamaïque**, et 2%-4% aux **Bahamas**, en **Haïti** et à la **Trinité-et-Tobago**. **Cuba**, avec une prévalence inférieure à 0,1%, est l'exception. Dans l'ensemble, on estime que 27 000 [20 000-41 000] personnes ont été infectées par le VIH en 2006 dans les Caraïbes. Si les niveaux d'infection à VIH sont restés stables en République dominicaine et ont baissé dans les zones urbaines d'Haïti, des tendances plus locales indiquent que les deux pays doivent se protéger d'une éventuelle recrudescence des épidémies.

Plusieurs pays font des progrès dans leur combat contre l'épidémie, les bienfaits d'un accès élargi au traitement antirétroviral étant particulièrement évidents aux **Bahamas**, à la **Barbade**, à **Cuba** et en **Jamaïque** (OMS/ONUSIDA, 2006). Cependant, le SIDA a entraîné 19 000 [14 000-25 000] décès aux Caraïbes en 2006, ce qui en fait l'une des principales causes de décès chez l'adulte (15-44 ans).

Les épidémies généralement hétérosexuelles des Caraïbes se déroulent dans un contexte de profondes inégalités entre les sexes et elles sont alimentées par un commerce du sexe florissant, qui concerne les clients tant locaux qu'étrangers. Les rapports sexuels entre hommes, phénomène occulté dans les sociétés généralement homophobes de la région, sont un facteur plus limité mais néanmoins important : on estime que les rapports sexuels non protégés entre hommes représentent environ un dixième des cas de VIH notifiés dans la

région (Commission caribéenne sur la Santé et le Développement, 2005 ; Inciardi, Syvertsen, Surratt, 2005).

Les données les plus récentes sur le VIH en **Haïti** estiment le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte à 2,2%, ce taux étant le plus élevé dans les départements de Nippes (3,8%), du Sud (2,9%) et du Nord (2,6%) (Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro, 2006). Dans la capitale haïtienne, Port-au-Prince, et dans d'autres zones urbaines, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes a baissé de deux tiers entre 1993 et 2004, passant de 9,4% à 3,3%. Mais la tendance n'est pas aussi claire dans les zones rurales et parmi les femmes enceintes jeunes (24 ans et moins).

Plusieurs pays enregistrent des progrès dans la lutte contre leurs épidémies, et les gains obtenus grâce à l'élargissement de l'accès au traitement antirétroviral sont particulièrement évidents aux Bahamas, à la Barbade, à Cuba et en Jamaïque.

Les tendances à la baisse sont très probablement dues à des modifications positives des comportements, qui sont devenues évidentes. Par exemple, presque toutes (98%) les professionnelles du sexe questionnées à Port-au-Prince ont affirmé avoir utilisé des préservatifs lors de leurs derniers rapports sexuels rémunérés. Dans la population générale, au tournant du siècle, davantage de personnes utilisaient des préservatifs avec des partenaires occasionnels ou avaient opté pour l'abstinence et la fidélité, par rapport au milieu des années 1990. Mais c'est autour de 1990 déjà que l'incidence du VIH a commencé à baisser, avant que l'on ait observé

des changements dans les comportements. Il est donc probable que l'augmentation de la mortalité et les améliorations apportées à la sécurité du sang aient aussi contribué à la baisse de la prévalence du VIH. Par exemple, la prévalence du VIH parmi les donneurs de sang de Port-au-Prince a atteint un maximum de 6%-7% à la fin des années 1980, puis a considérablement baissé au cours de la décennie suivante, pour tomber à 1,8% en 2004. De plus, la migration circulaire—soit les personnes qui s'installent dans les zones urbaines puis repartent vers les campagnes pour bénéficier de soins à domicile lorsqu'elles tombent gravement malades—a peut-être également contribué à la baisse observée dans les zones urbaines telles que Port-au-Prince (Gaillard et al., 2006).

Certains signes indiquent que l'épidémie en **Haïti** pourrait s'aggraver. Comme on l'a vu, il n'y a aucune preuve d'une baisse de la prévalence du VIH parmi les femmes enceintes des zones rurales. De fait, l'usage du préservatif reste peu fréquent dans les campagnes : 16% seulement des femmes et 31% des hommes vivant en zones rurales déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leur dernier rapport sexuel (Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro, 2006). Les femmes pauvres, dans les zones rurales où il s'est révélé que la dépendance économique à l'égard des hommes était l'un des principaux facteurs de risque d'infection à VIH, sont tout particulièrement vulnérables (Louis et al., 2006). En outre, le nombre de jeunes Haïtiens qui deviennent sexuellement actifs s'accroît ; ils le deviennent de plus en plus jeunes et seule une minorité d'entre eux utilisent des préservatifs lors de rapports sexuels occasionnels (Gaillard et al., 2006). Un peu plus d'une jeune femme (15-24 ans) sexuellement active sur quatre (environ 28%) avait utilisé un préservatif lors de son dernier rapport sexuel avec un partenaire occasionnel, comme l'avaient fait quatre sur dix (environ 42%) de ses homologues masculins (Institut Haïtien de l'Enfance et ORC Macro, 2006). A Cerca-la-Source, dans le centre d'Haïti, un jeune (entre 14 et 25 ans) non scolarisé sexuellement actif sur cinq ne savait pas ce que sont les préservatifs, alors qu'un sur deux les connaissait mais ne les utilisait pas régulièrement (Westerbs et al., 2006). Les programmes relatifs au VIH semblent de pas toucher les jeunes partout où ils se trouvent. De nouvelles données montrent que 4,2% des jeunes femmes des départements de l'Ouest, de Nippes et du Nord d'Haïti étaient infectées par le VIH en 2005 (soit deux fois plus que les 2% de prévalence parmi les jeunes hommes)

(Ministère de la Santé publique et de la Population, Haïti, 2006).

Dans le même temps, bien qu'il soit un des pays les plus pauvres de la planète, Haïti progresse lentement mais régulièrement sur la voie de la fourniture des thérapies antirétrovirales aux personnes qui en ont besoin, grâce surtout au travail de pionniers réalisé par les organisations non gouvernementales (Cohen, 2006a). La couverture est encore comparativement faible—environ 12% des personnes en attente de traitement en bénéficiaient en 2005 (OMS/ONUSIDA, 2006). Mais les effets sont indubitablement positifs. Parmi les patients sous thérapie antirétrovirale à Port-au-Prince, 87% des adultes et 98% des enfants étaient encore en vie après une année. Sans traitement, 70% d'entre eux seraient décédés dans les 12 mois (Severe et al., 2005).

En **République dominicaine**, la prévalence du VIH chez les femmes enceintes est restée globalement plutôt stable, le taux national de prévalence chez l'adulte étant estimé à 1,1% [0,9-1,3%] en 2005 (ONUSIDA, 2006 ; Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Assistance sociale de la République dominicaine, 2005a). L'épidémie dans le pays est largement subordonnée à la transmission du VIH entre les professionnelles du sexe et leurs clients, avec une prévalence du VIH parmi les quelque 100 000 professionnelles du sexe se situant entre 2,5% et plus de 12%, selon les endroits (Cohen, 2006b). Le tourisme sexuel est de plus en plus présent en République dominicaine (comme d'ailleurs dans d'autres pays de la région), mais les hommes du pays y restent le pilier du commerce du sexe (Cohen, 2006b). Dès le milieu des années 1990, on a noté une baisse de la prévalence du VIH dans les dispensaires de soins prénatals de la capitale Saint-Domingue, tendance qui est probablement le résultat des efforts déployés dans cette ville pour encourager des pratiques à moindre risque dans le commerce du sexe (Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Assistance sociale de la République dominicaine, 2005b). L'utilisation du préservatif a augmenté de 75% à 94% en 12 mois parmi les professionnelles du sexe qui participaient à un projet communautaire de prévention (Kerrigan et al., 2006).

Les niveaux d'infection les plus élevés se retrouvent dans les *bateyes* (bidonvilles où sont logés les ouvriers des plantations de canne à sucre, venus surtout d'Haïti) (Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Assistance sociale de la République dominicaine, 2005a). Des taux de prévalence

atteignant 12% ont été relevés parmi les hommes de 40-44 ans habitant certains *bateyes* (Cohen, 2006b). On estime qu'un quart environ des *bateyes* disposent de dispensaires de santé du gouvernement, mais la marginalisation de ces communautés, ainsi que la barrière linguistique et une méfiance de la bureaucratie, font que ces services sont peu fréquentés (Cohen, 2006b).

Les rapports sexuels entre hommes, un comportement occulté dans les Caraïbes, pourraient représenter un dixième environ des cas de VIH signalés dans cette région.

La méthode équilibrée adoptée par la **Barbade**—qui met l'accent à la fois sur la prévention et sur le traitement du VIH—montre des résultats encourageants. Les niveaux d'infection à VIH chez les jeunes femmes enceintes ont baissé au début des années 2000 (de 1,1% en 2000 à 0,6% en 2003 (Kumar et Singh, 2004). Dans le même temps, l'introduction des traitements antirétroviraux en 2001 a entraîné une forte baisse des taux de mortalité due au SIDA depuis la fin des années 1990—de 34,2 pour 100 000 habitants (de plus de 16 ans) en 1997-1999 à 17,2 pour 100 000 habitants entre 2003 et 2005. Cependant le SIDA reste une cause importante de décès prématuré chez les adultes, en grande partie parce que de nombreux patients ne s'engagent dans un traitement que lorsqu'ils sont gravement malades (Kilaru et al., 2006). Entre 1994 et 2004, une étude destinée à évaluer la fréquentation des services de santé parmi les femmes chez qui une infection à VIH était diagnostiquée a montré que plus d'un tiers (37%) n'avaient jamais fréquenté un dispensaire VIH pour un traitement ou des soins après avoir appris leur sérologie VIH. De ce fait, les taux de mortalité chez ces femmes étaient élevés. (Kumar et al., 2006).

La prévalence du VIH parmi les jeunes femmes enceintes a également baissé aux **Bahamas**—de 3,6% en 1996 à 3% en 2002—et les niveaux d'infection ont également chuté parmi les personnes en demande de traitement pour d'autres infections sexuellement transmissibles. Les Bahamas sont parvenues à réduire la transmission mère-enfant du VIH et à abaisser le nombre de décès attribués chaque année au SIDA en fournissant des thérapies antirétrovirales (Commission caribéenne sur la Santé

et le Développement, 2005 ; Département de la Santé publique des Bahamas, 2004).

Le programme de thérapie antirétrovirale du **Guyana**, dont bénéficiaient plus de la moitié des personnes qui en avaient besoin à la mi-2006 (OMS/ONUSIDA, 2006), pourrait encore inverser la tendance à la hausse des décès dus au SIDA que l'on observe dans ce pays depuis quelques années. En 2005, le SIDA figurait toujours parmi les principales causes de décès chez les personnes de 25 à 34 ans, dans ce pays qui figure au deuxième rang des pays les plus pauvres des Caraïbes (Commission présidentielle du Guyana sur le VIH/SIDA, 2006). Le VIH semble s'être répandu dans la population générale à partir des populations les plus exposées au risque, et on estimait le niveau national de prévalence chez l'adulte à 2,4% [1,0-4,9%] en 2005. Mais la transmission du VIH lors de rapports sexuels tarifés reste le facteur de risque le plus important. Des niveaux exceptionnellement élevés d'infection à VIH sont encore observés chez les professionnelles du sexe : 31% à Georgetown, par exemple (Allen et al., 2006). Un taux de prévalence de 17% parmi les personnes qui fréquentent les dispensaires de traitement des infections sexuellement transmissibles a été relevé en 2005, montrant une fois de plus que les rapports sexuels non protégés restent courants. Une étude destinée à déterminer le rôle des rapports sexuels entre hommes dans l'épidémie du Guyana a montré que 21% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes dans la région de Demerara-Mahaica (au nord-est) étaient infectés par le VIH (Commission présidentielle du Guyana sur le VIH/SIDA, 2006). Il n'existe guère de nouvelles données relatives au VIH pour le **Suriname**, où le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte était estimé à 1,9% [1,1-3,1%] en 2005 (ONUSIDA, 2006).

Le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte en **Jamaïque** semble s'être stabilisé et on l'estimait à 1,5% [0,8%-2,4%] en 2005 (ONUSIDA, 2006). Cependant, environ 2% des femmes enceintes dans les paroisses de St. James et de Westmoreland se sont révélées séropositives au VIH en 2005, et les niveaux d'infection à VIH sont élevés parmi les personnes fréquentant les dispensaires de traitement des infections sexuellement transmissibles, et dépassent 5% dans les paroisses de Kingston, St. Andrew et St. James (Ministère de la Santé de la Jamaïque, 2006). Le commerce du sexe est un élément important de l'épidémie principalement hétérosexuelle de la Jamaïque. Près de 9% des professionnelles du sexe

se sont révélées séropositives au VIH au cours d'une récente étude, qui a aussi montré que ce sont les femmes plus âgées, aux revenus faibles, qui consomment du crack et travaillent dans la rue qui sont les plus exposées au risque d'infection (Gebre et al., 2006). La consommation de crack est un important facteur de risque d'infection à VIH chez les femmes de la **Trinité-et-Tobago**. Une étude réalisée dans un centre de réhabilitation pour femmes toxicomanes a montré qu'une consommatrice de crack sur cinq était séropositive au VIH (Reid, 2006).

La plus limitée des épidémies de la région est de loin celle de **Cuba**, où le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte, comme le taux de prévalence parmi les personnes qui sont traitées pour une infection sexuellement transmissible, était inférieur à 0,1% [$<0,2\%$] en 2005 (ONUSIDA, 2006 ; Ministère de la Santé de Cuba, 2006). Globalement, quelque 80% des diagnostics de VIH ont été faits chez des hommes, les rapports sexuels non protégés entre hommes étant le principal facteur de risque de transmission du VIH (Ministère de la Santé de Cuba, 2006). Malgré les efforts énergiques et efficaces déployés pour lutter contre l'épidémie, le nombre de diagnostics de VIH s'est

accru depuis 1996. Après l'introduction en 2001 des médicaments antirétroviraux produits dans le pays, les taux annuels de mortalité due au SIDA ont chuté de 72% et les infections opportunistes ont baissé de 76%, alors que la durée moyenne de survie après un diagnostic de SIDA passait d'un peu plus d'un an à cinq ans (Perez et al., 2006).

Contrairement au reste de la région, la consommation de drogues injectables est le plus important facteur de risque de transmission du VIH dans les épidémies relativement modestes des **Bermudes** et de **Porto Rico**. Des niveaux très élevés d'infection à VH sont relevés parmi les consommateurs de drogues injectables à Porto Rico. L'incidence du VIH était de 3,4% parmi les consommateurs de drogues injectables de Bayamon, dont 20%-25% étaient infectés par le VIH (Deren et al., 2004). La consommation de drogues injectables en milieu carcéral semble être répandue : 53% des consommateurs de drogues injectables qui avaient été incarcérés affirment s'être injecté des drogues en prison (Kang et al., 2005). Il est donc urgent de mettre en place des programmes efficaces de réduction des risques à Porto Rico, notamment en milieu carcéral.