



AMÉRIQUE LATINE

Bien que les caractéristiques des épidémies de VIH soient en train de changer dans certains pays d'Amérique latine, les épidémies de cette région restent globalement stables, les nouvelles infections à VIH s'élevant à environ 140 000 [100 000-410 000] et les décès dus au SIDA à 65 000 [51 000-84 000] en 2006. Deux tiers des quelque 1,7 million [1,3 million-2,5 millions] de personnes vivant avec le VIH en Amérique latine se trouvent dans les quatre plus grands pays : **Argentine**, **Brésil**, **Colombie** et **Mexique**. Cependant, c'est dans les pays plus petits de l'Amérique centrale que le taux estimé de prévalence du VIH est le plus élevé, soit un peu moins de 1% au **Salvador**, au **Guatemala** et au **Panama**, 1,5% au **Honduras** et 2,5% au **Belize** en 2005 (ONUSIDA, 2006).

En Amérique du Sud, des flambées de VIH sévissent parmi les consommateurs de drogues injectables et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

La transmission du VIH se passe dans un contexte qui réunit des facteurs communs à la plupart des pays d'Amérique latine : pauvreté et migration très répandues, insuffisance de l'information concernant les tendances de l'épidémie hors des grandes zones urbaines et homophobie généralisée. En particulier, le rôle des rapports sexuels non protégés entre hommes dans plusieurs épidémies d'Amérique latine a tendance à être contesté en public et laissé pour compte dans les stratégies de lutte contre le VIH—notamment en Amérique centrale et dans la région andine de l'Amérique du Sud (Cohen,

2006a). Les rapports sexuels non protégés entre hommes représentent jusqu'à 25%-35% des cas de SIDA notifiés dans des pays comme l'**Argentine**, la **Bolivie**, le **Brésil**, le **Guatemala** et le **Pérou** (Montano et al., 2005). De plus, les personnes infectées par le VIH sont en butte à la stigmatisation et à la discrimination, même de la part des agents de santé (Cohen, 2006). Les niveaux d'infection à VIH parmi les professionnelles du sexe sont très variables. La prévalence du VIH est très faible dans certains pays d'Amérique du Sud, comme le Chili et le **Venezuela** (Bautista et al., 2006), mais des taux de prévalence entre 2,8% et 6,3% ont été observés dans certaines villes d'**Argentine** (Montano et al., 2005 ; Bautista et al., 2006 ; Pando et al., 2006), et un taux de prévalence de 6% a été relevé parmi les professionnel(le)s du sexe dans certaines régions du Brésil (Okie, 2006 ; Trevisol et da Silva, 2005).

Pays le plus peuplé de l'Amérique latine, le **Brésil**, compte 620 000 [370 000-1 million] personnes vivant avec le VIH, soit un tiers de toutes les personnes vivant avec le virus en Amérique latine (ONUSIDA, 2006). La priorité donnée par ce pays à la prévention et au traitement a permis de maintenir l'épidémie de VIH à un niveau stable depuis plusieurs années (Okie, 2006). Grâce à la promotion concertée de l'éducation sexuelle et de la prévention du SIDA dans les écoles, à l'utilisation du préservatif, à la réduction des risques et au dépistage du VIH, le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte est stable à environ 0,5% depuis 2000. Alors que le pourcentage de jeunes sexuellement actifs a peu changé entre 1998 et 2005, les taux d'utilisation du préservatif ont considérablement augmenté, de plus d'un tiers parmi les hommes et les femmes de 15 à 24 ans (Berquo,

2005). Chez les Brésiliens de tous âges, l'usage du préservatif a augmenté de près de 50% au cours de la même période (Berquo, 2005).

Les infections à VIH contractées par la consommation de drogues injectables ont diminué dans plusieurs villes—notamment dans celles qui connaissent des épidémies plus anciennes—et on note une baisse générale de l'utilisation de matériel d'injection non stérile. Une grande enquête effectuée en 2004 a montré que plus des trois quarts des consommateurs de drogues injectables n'utilisaient pas de matériel d'injection ou de seringues non stériles (Okie, 2006). La baisse des infections à VIH parmi les consommateurs de drogues injectables semble liée à l'introduction des programmes de réduction des risques qui ont modifié les habitudes de consommation (marquant un tournant vers l'utilisation du crack, sniffé ou fumé) ainsi qu'à la mortalité parmi les consommateurs de drogues injectables (Fonseca et al., 2006).

Malgré ces résultats, les niveaux d'infection restent élevés parmi les consommateurs de drogues injectables. Dans le sud du pays, les épidémies dans ce groupe de la population ne semblent pas faiblir (Hacker et al., 2006). Dans le même temps, une étude transversale dans les Etats de Bahia, Rio Grande do Sul et São Paulo a révélé que 37% des consommateurs de drogues injectables étaient infectés par le VIH et que ces niveaux d'infection étaient associés de manière significative à l'incarcération et aux rapports sexuels non protégés avec des hommes (Caiaffa et al., 2006). Dans cette dernière étude, plus d'un quart (26%) des consommateurs de drogues injectables affirmaient avoir eu des rapports sexuels non protégés avec des hommes, vraisemblablement pour financer leur consommation de drogue. Ces résultats soulignent à quel point il est nécessaire de traiter à la fois des pratiques sexuelles et des pratiques liées à la drogue chez les consommateurs de drogues (Ferreira et al., 2006). En outre, on relève un fort lien entre l'utilisation du crack et l'infection à VIH dans plusieurs villes, dont Porto Alegre (où 27% des consommateurs de crack se sont révélés infectés) (Pechansky et al., 2006).

Les rapports sexuels non protégés entre hommes restent un important facteur de transmission du VIH et sont responsables de près de la moitié de toutes les infections sexuellement transmissibles au Brésil. Au fur et à mesure que le VIH se propage des populations les plus exposées au risque à d'autres populations moins exposées, les femmes sont de plus en plus infectées. Une étude conduite parmi des

femmes enceintes dans 27 municipalités du sud du Brésil en 2003 a montré un taux de prévalence du VIH de 0,5% (Cardoso et al., 2005) et les femmes représentent un nombre croissant des cas de SIDA ces dernières années. Les sections les plus pauvres de la population semblent les plus vulnérables, et des taux croissants d'infection à VIH ont été observés parmi les personnes peu instruites des couches socio-économiques les plus basses (Cardoso et al., 2005 ; Fonseca et al., 2003).

On estime qu'un tiers des adultes du Brésil ont effectué un dépistage du VIH (la majorité d'entre eux étant des femmes entre 25 et 39 ans) (Paiva et al., 2006), et qu'environ un Brésilien infecté sur trois connaît sa sérologie VIH (Okie, 2006). La fourniture des antirétroviraux est l'une des plus complètes du monde et donne des résultats positifs. Sur le plan national, la transmission mère-enfant du VIH a baissé considérablement, de 16% en 1997 à moins de 4% en 2002 (Dourado et al., 2006.) Les taux de mortalité due au SIDA ont baissé de 50% entre 1996 et 2002, alors que les hospitalisations liées au SIDA chutaient de 80% au cours de la même période (Okie, 2006).

En **Argentine**, le taux national de prévalence du VIH chez l'adulte était estimé à 0,6% [0,3%-1,9%] en 2005. La plupart des quelque 130 000 [80 000-220 000] personnes vivant avec le VIH se trouvent dans les provinces de Buenos Aires, Cordoba et Santa Fe. Diverses études montrent que jusqu'à 44% des consommateurs de drogues injectables (Vignoles et al., 2006), 7%-15% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Montano et al., 2005), et 6% des professionnelles du sexe (Montano et al., 2005 ; Bautista et al., 2006) se sont révélés infectés par le VIH. Plus d'un quart (28%) des détenus dans les prisons de certaines villes sont séropositifs au VIH (Ministère de la Santé de l'Argentine, 2004).

L'accent mis par le Brésil à la fois sur la prévention et sur le traitement lui a permis de garder son épidémie sous contrôle.

Pour toutes sortes de raisons (dont la maturation de l'épidémie et les effets de la crise économique de 2001), les rapports sexuels non protégés sont devenus la principale voie de transmission du VIH ces dernières années (Cohen, 2006b). On estime que les rapports sexuels (principalement hétérosexuels) non protégés sont responsables d'environ

quatre sur cinq des nouveaux diagnostics de VIH en 2005. Les hommes restent plus nombreux que les femmes dans le total des cas de VIH notifiés, mais le ratio hommes-femmes des nouveaux diagnostics s'est réduit à 1,3:1 (il était de 15:1 en 1988) (Programme national de lutte contre le SIDA, 2005 ; Ministère de la Santé de l'Argentine, 2004).

Dans l'ensemble, la consommation de drogues injectables semble avoir baissé, notamment après 2001, année où un grand nombre de consommateurs de drogues injectables se sont mis à fumer de la pâte de cocaïne de moindre qualité dont le prix était moins élevé. A Buenos Aires, par exemple, les consommateurs de drogues injectables n'ont représenté que 5% des nouvelles infections entre 2003 et 2005 (Cohen, 2006b). Mais les tendances montrent que les consommateurs de drogues injectables ont également été poussés à se cacher encore davantage en raison de la stigmatisation associant la consommation de drogues injectables au SIDA et à la mort. Un grand nombre des consommateurs qui continuent à s'injecter des drogues le font seuls et les réseaux d'injection connus autrefois semblent s'être désintégrés. De plus, alors que les taux de mortalité due au SIDA ont commencé à baisser globalement en Argentine après 1996, cette tendance n'a pas été observée parmi les consommateurs de drogues injectables, qui ont connu un nombre important de décès ces dernières années. Ceci suggère que les consommateurs de drogues injectables n'ont pas suffisamment bénéficié du programme national de traitement antirétroviral (Rossi et al., 2006).

Quelque 9600 [4600-30 000] personnes vivaient avec le VIH à fin 2005 en **Uruguay** (ONUSIDA, 2006), où les rapports sexuels (principalement hétérosexuels) sont la principale voie de transmission du VIH (Programme national de lutte contre le SIDA de l'Uruguay, 2006). Néanmoins, les niveaux d'infection sont élevés dans certains groupes de la population dans la capitale, Montevideo, où se concentre l'épidémie : 22% parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Montano et al., 2005), 19% parmi les consommateurs de drogues injectables et 10% parmi les consommateurs de drogues qui ne s'injectent pas (Vignoles et al., 2006). Les professionnelles du sexe semblent connaître des niveaux de prévalence moins élevés et diverses études montrent que 0,3% à 1,3% d'entre elles ont contracté le VIH (Montano et al., 2005 ; Bautista et al., 2006). La moitié au moins des personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral en bénéficiaient à la mi-2006 (OMS/ONUSIDA, 2006). L'épidémie au **Paraguay** est d'une ampleur

analogue, quelque 13 000 [6200-41 000] personnes y vivaient avec le VIH à fin 2005 (ONUSIDA, 2006). Les hommes constituent la majorité des cas de VIH (74%), l'exposition à du matériel d'injection non stérile et les rapports sexuels non protégés entre hommes étant les principales voies de transmission du VIH (Programme national de lutte contre le SIDA du Paraguay, 2006).

Les rapports sexuels non protégés, en particulier entre hommes, sont le principal facteur de risque d'infection à VIH dans l'épidémie plus modeste que connaît le **Chili**, où quelque 28 000 [17 000-56 000] personnes vivaient avec le VIH à fin 2005 (ONUSIDA, 2006). Un nombre croissant de femmes contractent le VIH, souvent auprès de leurs partenaires masculins qui ont, eux, contracté le virus au cours de rapports sexuels non protégés avec des hommes.

Au Pérou, le VIH semble toucher principalement les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. La prévalence du VIH dans ce groupe de la population est élevée—10% à Iquitos et dans la région avoisinante (Cohen, 2006c), et en moyenne 14% dans six autres villes (Lama et al., 2006), y compris dans la capitale, Lima, où jusqu'à 23% des hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes se sont révélés séropositifs au VIH (Montano et al., 2005 ; Ministère de la Santé du Pérou, 2005). Les comportements sexuels à risque dans ce groupe sont courants. Dans certaines villes du littoral, plus de deux tiers des hommes déclarent avoir eu récemment des rapports sexuels non protégés (Konda et al., 2006). Lors d'une enquête, près de la moitié (47%) des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes déclaraient avoir également eu des rapports sexuels avec des femmes—pourtant la prévalence du VIH parmi les femmes est restée très faible, à 0,2% environ (Cohen, 2006d).

Les épidémies de l'Amérique centrale sont complexes et en augmentation, avec dans certains pays la prévalence la plus élevée d'Amérique latine ; les rapports sexuels tarifés et les rapports sexuels entre hommes sont les principaux facteurs de risque pour l'infection à VIH.

Les rapports sexuels entre hommes sont également le principal facteur de risque d'infection à VIH dans les épidémies des autres pays andins, dont la

Bolivie (taux de prévalence de 24% relevé à Santa Cruz parmi des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes), l'**Equateur** (prévalence du VIH de 28% à Guayaquil et 15% à Quito) et la **Colombie** (20% à Bogotá) (Montano et al., 2005). La prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe ne dépasse 4% dans aucun de ces pays et elle est bien inférieure à 1% dans plusieurs villes (Montano et al., 2005 ; Khalsa et al., 2003 ; Mejía et al., 2002). Mais une étude effectuée en 2005 parmi 120 professionnelles du sexe à Barranquilla, Colombie, a relevé une prévalence du VIH de 3,3%—pourcentage le plus élevé observé jusqu'ici dans le pays. Une étude faite en 2002 à Bogotá avait trouvé une prévalence de 0,7% parmi les professionnelles du sexe. Parmi les consommateurs de drogues injectables, un taux de prévalence du VIH de 1% avait été relevé au cours d'une étude réalisée en 2003 à Bogotá. Globalement en Colombie, la prévalence du VIH relevée par la surveillance sentinelle parmi les femmes enceintes était de 0,65% en 2005, par rapport à 0,24% en 1999. Si la majorité des nouveaux cas notifiés se produit toujours chez des hommes, le ratio hommes-femmes s'est réduit de près de 10:1 au début des années 1990 à 2-3:1 en 2003-2005 (ONUSIDA et Ministère de la Protection sociale de Colombie, 2006). Les hommes constituent également la majorité des 110 000 [54 000-350 000] personnes vivant avec le VIH au **Venezuela**, où la plupart des infections notifiées à ce jour se sont produites au cours de rapports sexuels non protégés entre hommes (Ministère de la Santé du Venezuela, 2005).

Bien qu'elles soient incomplètes, les données de surveillance du VIH disponibles montrent que les épidémies en **Amérique centrale** sont complexes et en augmentation, avec, dans certains pays, les taux de prévalence les plus élevés d'Amérique latine. Les rapports sexuels entre hommes et le commerce du sexe semblent être les principaux facteurs de risque d'infection à VIH. Dans le même temps, certaines données montrent une généralisation de la transmission du VIH, notamment le long des corridors de transport et dans les zones de la côte caraïbe de la région. Plusieurs des pays d'**Amérique centrale** connaissent des épidémies cachées de VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, notamment le **Belize**, le **Costa Rica**, **El Salvador**, le **Guatemala**, le **Nicaragua** et le **Panama**. Au **Nicaragua**, par exemple, 7,6% des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes se sont révélés infectés par le VIH (et 11% avaient une syphilis), alors que 15% étaient séropo-

sitifs au VIH en **El Salvador**. Dans ces deux pays, un homme sur cinq affirmait avoir eu également des rapports sexuels avec une partenaire féminine au cours des six mois écoulés (Soto et al., 2006). Et au **Guatemala**, un taux de prévalence du VIH de 12% a été relevé parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, dont la moitié se considéraient comme hétérosexuels ou bisexuels (Ministère de la Santé publique et de l'Assistance sociale du Guatemala, 2003 ; Projet Action SIDA d'Amérique centrale, 2003). Les partenaires féminines d'un grand nombre de ces hommes sont donc exposées au risque de contracter également le VIH.

Comme c'est le cas dans plusieurs autres pays d'Amérique centrale, on sait moins de choses sur l'épidémie de VIH au-delà de la capitale du **Guatemala** ou parmi ses populations indigènes (principalement mayas) qui constituent près de la moitié de la population. Les données disponibles indiquent la présence généralisée du VIH parmi les populations indigènes, mais pas nécessairement à des niveaux plus élevés que dans la population ladino. La surveillance sentinelle parmi les femmes enceintes en 2003 a relevé des taux de VIH relativement plus faibles chez les femmes mayas que chez leurs homologues ladinos (Hernandez et Aguilar, 2004). Dans les cas de VIH et de SIDA notifiés au Ministère de la Santé en 2004, les Ladinos constituaient 74% des cas et les Mayas 22%, alors qu'en 2005 les Ladinos représentaient 69% du total et les Mayas 28% (Garcia, 2005). Néanmoins, les populations mayas constituent la majorité des cas de VIH et de SIDA dans huit des 22 départements du Guatemala et on a trouvé des cas de VIH parmi ces populations dans chaque département du pays—ce qui est très préoccupant, étant donné que ces groupes sont déjà confrontés à des niveaux élevés de pauvreté et de mortalité maternelle, et ont un accès limité aux services de santé (Secrétariat de la Présidence pour la Planification et la Programmation, Guatemala, 2006). Une étude renforce encore ces préoccupations : parmi des malades de la tuberculose (dont trois quarts sont Mayas) à Quetzaltenango, les niveaux d'infection à VIH ont triplé (de 4,2% à 12%) entre 1995 et 2002 (Cohen, 2006d).

Au **Honduras**, l'épidémie semble particulièrement grave parmi les minorités ethniques—dans ce cas les Garifuna, descendants afro-honduriens des esclaves d'Afrique occidentale. Les études effectuées dans des communautés Garifuna ont relevé des taux de prévalence du VIH de 8-14% (Secrétariat à la Santé

du Honduras, 1998). Toutefois, l'infection à VIH s'est largement répandue au Honduras. Les niveaux d'infection les plus élevés ont été observés parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (dont 13% étaient séropositifs au VIH lors d'une étude en 2005), les professionnelles du sexe (jusqu'à 11% d'entre elles se sont révélées infectées par le VIH) (Secrétariat à la Santé du Honduras, 2003a ; Secrétariat à la Santé du Honduras, 2003b ; Ghee et al., 2006), et les détenus (prévalence du VIH à 8%) (Cohen, 2006e). L'épidémie touche de plus en plus les femmes, qui représentaient un peu moins de la moitié (47%) des cas de VIH enregistrés en 2004. A l'échelle nationale, la prévalence du VIH parmi les femmes fréquentant les consultations prénatales était de 1,4% en 2004, mais atteignait 3-4% à Valle de Sula (Ministère de la Santé du Honduras, 2006). A fin 2005, on estimait que 63 000 [35 000-99 000] Honduriens vivaient avec le VIH (ONUSIDA, 2006).

Les rapports sexuels non protégés entre hommes sont au centre des épidémies dans la plupart des pays d'Amérique latine.

La nombreuse population du **Mexique** signifie que même avec un faible taux national de prévalence du VIH chez l'adulte—estimé à 0,3% [0,2%-0,7%]—on comptait en 2005 180 000 [99 000-440 000] personnes vivant avec le VIH (Bravo-Garcia et al., 2006). L'épidémie du Mexique est principalement concentrée parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, les professionnel(le)s du sexe et leurs clients et les consommateurs de drogues injectables. On estime que les rapports

sexuels entre hommes comptent pour plus de la moitié (57%) des infections à VIH enregistrées à ce jour (Bravo-Garcia et al., 2006), même si certains signes indiquent un risque croissant d'infection à VIH pour les femmes (Magis-Rodriguez et al., 2004).

Un taux de prévalence du VIH de 4% a été relevé parmi des consommateurs de drogues injectables à Tijuana, par exemple (Magis-Rodriguez et al., 2005), et il y a des raisons de penser que les infections à VIH pourraient être en hausse dans certaines villes frontalières des Etats-Unis, où le commerce du sexe et la consommation de drogues injectables sont très répandus. A Tijuana et Vera Cruz, une étude effectuée en 2003 a révélé que 6% des professionnelles du sexe étaient infectées par le VIH (Magis et al., 2006a), alors qu'à Tijuana et Ciudad Juarez, une étude conduite en 2004-2006 a relevé un taux de prévalence du VIH de 6% parmi les professionnelles du sexe—et de 16% chez celles qui s'injectaient des drogues (Patterson et al., 2006). Un taux élevé de prévalence a également été trouvé chez des hommes professionnels du sexe : 25% à Monterrey, par exemple, en 2005 (Gayet et al., 2006a) et 20% à Guadalajara et Mexico (Magis et al., 2006b). Une étude effectuée parmi des routiers à Monterrey a montré que 0,7% étaient infectés par le VIH (soit le double du taux national estimé de prévalence du VIH chez l'adulte). Plus d'un quart d'entre eux avaient payé pour avoir des rapports sexuels au cours de l'année écoulée et un sixième d'entre eux n'avaient jamais utilisé de préservatif (Gayet et al., 2006b). Certains signes montrent aussi une importante propagation du VIH dans les zones rurales du pays, la migration (y compris la migration entre le Mexique et les Etats-Unis d'Amérique) paraissant y contribuer (Cohen, 2006f).