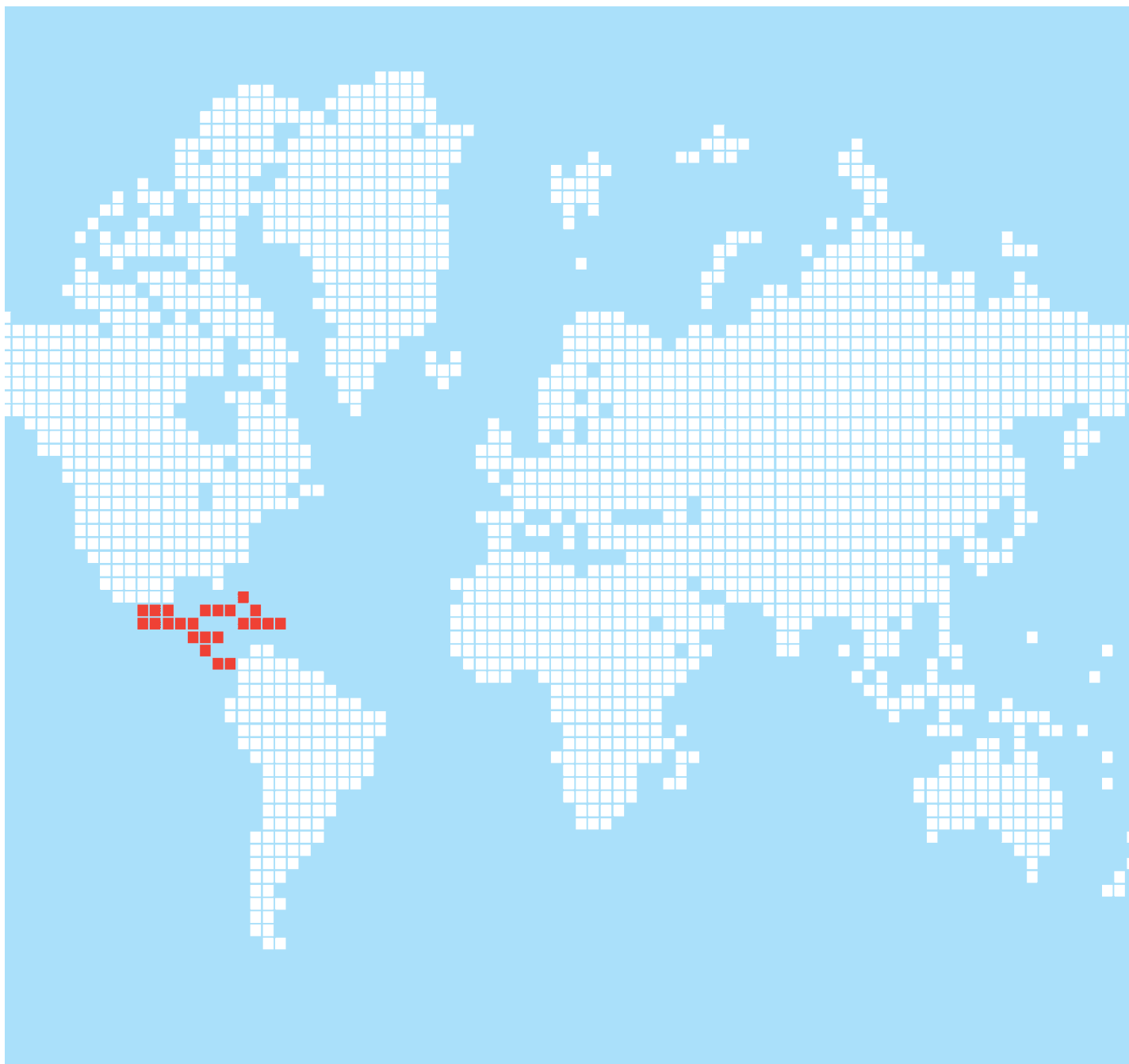


07

Caraïbes

Le point sur l'épidémie de sida
Résumés par région



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNUD
UNFPA

ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



**Organisation
mondiale de la Santé**

ONUSIDA/08.10F / JC1528F (version française, mars 2008)

Version originale anglaise, UNAIDS/08.10E / JC1528E, mars 2008 :

Caribbean : AIDS epidemic update : regional summary.

Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la Santé (OMS) 2008.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites en commun par l'ONUSIDA et l'OMS peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4835 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'ONUSIDA ou de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA ou l'OMS, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA et l'OMS ne garantissent pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourront être tenus pour responsables des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Caraïbes : Le point sur l'épidémie de sida : résumés par région.

« ONUSIDA/08.10F / JC1528F ».

1.Infection à VIH – prévention et contrôle. 2.Infection à VIH – épidémiologie. 3.Syndrome d'immunodéficience acquise – épidémiologie. 4.Épidémie. 5.Caraïbes. I.ONUSIDA.

ISBN 978 92 9 173686 7

(Classification NLM : WC 503.4)

ONUSIDA
20 avenue Appia
CH-1211 Genève 27
Suisse

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

distribution@unaids.org
www.unaids.org

Caraïbes

Le point sur l'épidémie de sida

Résumés par région



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

HCR
UNICEF
PAM
PNLID
UNFPA
ONU DC
OIT
UNESCO
OMS
BANQUE MONDIALE



**Organisation
mondiale de la Santé**



CARAÏBES

La prévalence du VIH atteint voire dépasse 1% aux **Bahamas**, à la **Barbade**, au **Belize**, au **Guyana**, en **Haïti**, en **Jamaïque**, au **Suriname** et à la **Trinité-et-Tobago** (ONUSIDA, 2006). La plupart des pays de la région montrent une baisse ou une stabilisation de la prévalence du VIH, particulièrement dans les zones urbaines, tandis que les changements intervenus dans les zones semi-urbaines et rurales ont été modérés. L'inadéquation des systèmes de surveillance du VIH dans plusieurs pays rend néanmoins difficile l'analyse des tendances récentes de ces épidémies.

Les rapports sexuels constituent le mode principal de transmission du VIH dans la région ; les rapports sexuels non protégés entre professionnel(le)s du sexe et leur clientèle sont un facteur décisif de la propagation du VIH. Les épidémies dans les Caraïbes s'inscrivent dans un contexte de grande pauvreté et de chômage, de disparités entre les sexes, d'autres inégalités et de très forte stigmatisation – caractéristiques qui toutes peuvent contribuer à la propagation du virus et entraver la lutte contre les épidémies. Les jeunes filles courent un risque élevé de contamination. Un facteur important de leur vulnérabilité est qu'elles ont souvent des relations avec des hommes plus âgés et sont donc plus susceptibles d'avoir déjà été infectées (CAREC, 2007a). La consommation de drogues sans respect de l'hygiène est responsable d'une part minoritaire des infections et n'est un facteur significatif de propagation de l'épidémie qu'aux **Bermudes** et à **Porto Rico**.

Les rapports sexuels non protégés entre hommes sont une composante importante mais fortement occultée des épidémies de la région. Comme les professionnelles du sexe, les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes font l'objet d'une forte stigmatisation et d'un harcèlement à la fois social et institutionnel. En conséquence, peu de programmes liés au VIH les

atteignent ; en outre ils courent des risques particuliers de contamination par le VIH. Chez les professionnelles du sexe on a noté une prévalence du VIH de 3,5% en **République dominicaine**, 9% en **Jamaïque**, et jusqu'à 31% au **Guyana** (Allen et al., 2006 ; Gebre et al., 2006 ; Gupta et al., 2006 ; OPS, 2007 ; Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Assistance sociale de la République dominicaine, 2005b). On a mené peu de recherches dans les Caraïbes parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes mais les données disponibles indiqueraient qu'un dixième des nouvelles infections enregistrées seraient survenues dans cette population (Commission Santé et Développement des Caraïbes, 2005 ; Inciardi, Syvertsen, Surratt, 2005). Une étude récente à la **Trinité-et-Tobago** a montré une prévalence de 20% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes – parmi ceux-ci, un quart déclaraient avoir aussi régulièrement des rapports sexuels avec des femmes (Lee et al., 2006).

Les détenus constituent un autre groupe de population ayant des niveaux élevés d'infection à VIH. Des études dans les prisons de six pays de l'est des Caraïbes y ont observé des niveaux d'infection entre 2% et 4% (divers Ministères de la Santé, CAREC, OPS, 2005) et une enquête dans la prison centrale du **Belize** a noté une prévalence de 5% du VIH dans la population carcérale (Ministère de la Santé du Belize, 2005).

Avec quelque 170 000 personnes vivant avec le VIH, **Haïti** reste le pays le plus sévèrement affecté des Caraïbes. Chez les femmes fréquentant les consultations prénatales, la prévalence du VIH a baissé de façon significative, passant de 5,9% en 1996 à 3,1% en 2004 (Gaillard et al., 2006). Toutefois les résultats de la surveillance sentinelle auprès des femmes enceintes en 2006 indiquent une stabilisation de la prévalence du VIH (Ministère de la Santé publique et de la

Population d'Haïti, 2007). Une enquête démographique estime la prévalence nationale du VIH chez les adultes à 2,2% en 2005 (Cayemittes et al., 2006). Cette tendance à la baisse est étroitement liée à la baisse du niveau d'infection dans la capitale, Port-au-Prince, et dans les villes importantes, où la prévalence du VIH chez les femmes âgées de 15 à 44 ans a chuté de 5,5% à 3% entre 2000 et 2005 – la modélisation indique qu'outre la mortalité, ces baisses sont au moins partiellement dues aux changements de comportement en matière de protection (Gaillard et al., 2006). Des études comportementales ont montré une diminution de 20% du nombre moyen de partenaires sexuels entre 1994 et 2000 tandis que l'emploi du préservatif augmentait, en particulier dans les rapports occasionnels (Cayemittes et al., 2006 ; Gaillard et al., 2006 ; Hallet et al., 2006). Lors d'une enquête nationale en 2001 (Cayemittes et al., 2001), seules 14% des femmes adultes et 26% des hommes adultes déclaraient avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels avec un partenaire autre que leur conjoint ou leur concubin. Lors d'une étude analogue conduite en 2005, ce sont 26% des femmes et 42% des hommes qui ont déclaré avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports à haut risque de ce type (Cayemittes et al., 2006). L'usage du préservatif a augmenté de façon significative, même si ce taux d'utilisation reste relativement faible.

La prévalence du VIH chez les adultes s'est stabilisée dans plusieurs pays des Caraïbes, y compris en République dominicaine et en Haïti où une baisse a même été observée dans quelques zones urbaines.

Il faut néanmoins noter qu'en **Haïti** les niveaux d'infection ne diminuent pas dans les communautés rurales où les comportements de protection sont l'exception plutôt que la règle (Gaillard et al., 2006). Quand on leur pose la question, 16% des femmes seulement et 31% des hommes vivant en zones rurales déclarent avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports (Cayemittes et al. 2006). Autre fait inquiétant, certains signes indiqueraient que le recours au préservatif lors de rapports tarifés serait en déclin (voir aussi l'encadré « Un écart important »). Lors d'une enquête dans la région d'Artibonite, seuls 60% de la clientèle des professionnel(le)s du sexe déclaraient utiliser un préservatif en toutes circonstances. Parmi cette clientèle, la prévalence du VIH était de 7,2%, soit trois fois plus que celle de la population générale de la région ; moins d'une personne sur cinq (17%) avait subi un test de

dépistage du VIH et seulement une sur trois (33%) déclarait employer systématiquement un préservatif avec ses partenaires sexuels réguliers (Couturel et al., 2007). Ces tendances montrent qu'il faut améliorer l'efficacité des efforts de prévention auprès des professionnel(le)s du sexe et de leur clientèle.

Cette diminution du recours au préservatif ne se limite pas aux seuls rapports tarifés. Ainsi, seule une minorité de jeunes disent y avoir recours lors de rapports avec un(e) partenaire occasionnel(le) (Gaillard et al., 2006). Parmi les jeunes femmes sexuellement actives âgées de 15 à 24 ans, seule une sur quatre (28%) avait utilisé un préservatif lors de rapports avec un partenaire occasionnel et chez les jeunes hommes ils étaient quatre sur 10 (42%) (Cayemittes et al., 2006). Il semble que les programmes de prévention n'atteignent pas véritablement la jeunesse d'**Haïti**.

Les nouvelles sont meilleures en ce qui concerne les traitements et **Haïti** donne des preuves tangibles qu'il est possible de dispenser un traitement antirétroviral dans un contexte de pauvreté. La couverture est encore faible – 39% environ des personnes qui en auraient eu besoin étaient traitées en 2006 (OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2007). Une étude de cohorte à Port-au-Prince a montré que le taux de survie à un an pour les adultes sous antirétroviraux était de 87% alors qu'il n'atteignait que 30% chez les personnes atteintes du sida et non traitées (Severe et al., 2005). Chez les enfants infectés, 98% étaient encore vivants un an après le début du traitement. Les efforts de prévention de la transmission mère-enfant du VIH sont néanmoins encore insuffisants. En 2005, on estimait à 12% le pourcentage de femmes enceintes séropositives qui recevaient un traitement antirétroviral destiné à empêcher la transmission verticale du VIH à leur enfant (OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2007)

Avec 170 000 personnes environ vivant avec le VIH, Haïti est le pays le plus touché des Caraïbes.

Dans la moitié orientale de l'île d'Hispaniola, l'épidémie de la **République dominicaine** semble s'être stabilisée et les estimations les plus récentes situent la prévalence nationale chez les adultes à 0,9%. Comme dans la plupart des autres pays des Caraïbes, le commerce du sexe est un facteur important de l'épidémie. Des efforts considérables ont été faits pour apprendre aux professionnel(le)s du sexe à se protéger (et à protéger leur clientèle) contre l'infec-

tion à VIH ; ces efforts semblent avoir été fructueux, en particulier dans les centres urbains et touristiques. Une enquête a par exemple montré que l'emploi du préservatif est passé de 75% à 94% en un mois chez des professionnel(le)s du sexe ayant participé à un programme communautaire de solidarité organisé dans la capitale Saint-Domingue (Kerrigan et al., 2006).

Les niveaux élevés d'infection observés dans les *bateyes* (camps d'hébergement des ouvriers des plantations de canne à sucre, souvent originaires d'**Haïti**) restent préoccupants (Secrétariat d'Etat à la Santé publique et à l'Assistance sociale de la République dominicaine, 2005a). Chez les hommes âgés de 15 à 49 ans, on a noté une prévalence du VIH de 5% et celle-ci atteignait 12% chez les hommes âgés de 40 à 44 ans dans certains *bateyes* (Cohen, 2006).

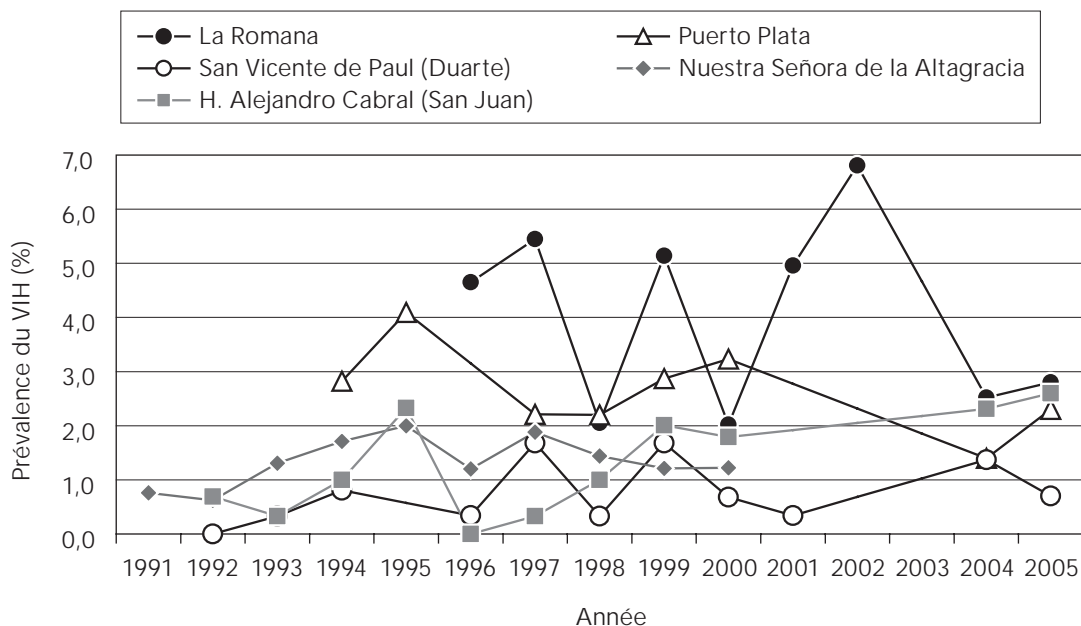
On note des progrès évidents dans le traitement et la prise en charge mais il reste beaucoup à faire en matière de prévention de la transmission mère-enfant du VIH ; quelque 95% des accouchements se font à l'hôpital public mais quatre femmes enceintes séropositives sur 10 ne reçoivent pas de médicaments visant à réduire ce risque (OPS, UNICEF, 2007).

L'épidémie en **Jamaïque** semble s'être stabilisée puisque la prévalence nationale chez les adultes y est restée plusieurs années en dessous de 2%. Les esti-

mations les plus récentes de la prévalence situaient celle-ci à 1,5% (0,8%–2,4%) en 2005 (ONUSIDA, 2006). Le niveau de connaissance du VIH a augmenté chez les femmes : 60% des femmes adultes interrogées identifiaient correctement deux méthodes de prévention et rejetaient trois idées fausses au sujet du VIH alors qu'elles n'étaient que 47% dans ce cas en 2004 (Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH et le sida, Gouvernement de la Jamaïque, 2005). Toutefois il n'y a guère de certitude quant à la traduction de ces connaissances dans les comportements. Une part importante de la population dit avoir encore des rapports non protégés et des partenaires multiples, modes de comportement qui prennent racine dans les inégalités sociales (en particulier entre hommes et femmes) et dans un système socioculturel discriminatoire (Ministère de la Santé de la Jamaïque, 2007a). Le commerce du sexe, florissant dans les 14 paroisses du pays (Taylor, 2006) reste un facteur important de l'épidémie en **Jamaïque** (Gebre et al., 2006). Malgré quelque progrès, la stigmatisation et la discrimination restent fortes à l'encontre des personnes les plus exposées au risque d'infection, telles que les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Ministère de la Santé de la Jamaïque, 2007a) et peuvent miner les efforts faits pour contenir l'épidémie et réduire son impact (Human Rights Watch, 2004).

Figure 1

Prévalence du VIH chez les femmes enceintes en République dominicaine, 1991–2005



Source : Rapports de surveillance du Ministère de la Santé, 1991–2006.

Sous d'autres aspects, la lutte de la **Jamaïque** contre le sida a marqué des points importants. Environ 90% des femmes qui fréquentent les consultations prénatales ont désormais effectué un test de dépistage du VIH (soit sept fois plus qu'en 2002) et il en va de même pour plus de la moitié des personnes traitées pour des infections sexuellement transmissibles. Près de 80% des femmes enceintes séropositives fréquentant les consultations prénatales reçoivent aujourd'hui un traitement antirétroviral pour éviter la transmission du VIH à leurs nouveau-nés (elles n'étaient que 65% en 2005) (Ministère de la Santé de la Jamaïque, 2007b).

Les rapports hétérosexuels non protégés constituent le principal mode de transmission du virus dans la région ; les rapports sexuels non protégés entre professionnel(le)s du sexe et leur clientèle sont un facteur décisif de la propagation du VIH.

La prévalence du VIH chez les femmes enceintes qui fréquentent les consultations prénatales aux **Bahamas** était restée aux alentours de 3% depuis 2000 et les

données les plus récentes la situaient à 2,9% en 2004 (Ministère de la Santé des Bahamas, 2006). L'accès plus étendu aux médicaments antirétroviraux a réduit la transmission mère-enfant du VIH, avec des taux de transmission passant de près de 25% en 1997 à moins de 5% en 2003 (Ministère de la Santé des Bahamas, 2005). L'accroissement du nombre de personnes qui bénéficient de la thérapie antirétrovirale (467 personnes traitées en 2002 et 3243 en 2005) explique une chute du pourcentage annuel de décès dus au sida, qui est passé de 18% en 1996 à 9% en 2005 (Département des Statistiques, Bahamas, 2005). Cet état de choses devrait encore s'améliorer : même si 61% des personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral en bénéficiaient à la fin de 2005, les problèmes d'infrastructures, le manque de ressources humaines et la persistance d'une stigmatisation liée au VIH entravent les progrès (Ministère de la Santé des Bahamas, 2006 et 2007).

A la **Trinité-et-Tobago**, l'intensification du dépistage chez les femmes enceintes fréquentant les consultations prénatales du système public (95% ont effectué le test en 2005) explique une légère baisse de la prévalence du VIH, de 1,9% en 2000 à 1,6% en 2005 (OPS, OMS, 2006). Ici aussi, l'accès plus étendu au traitement anti-

UN ÉCART IMPORTANT

Dans de nombreux pays des Caraïbes, on note toujours un écart important entre le niveau généralement élevé de prise de conscience et de connaissance du VIH et l'adoption de comportements de nature à réduire le risque. Ainsi, lors des enquêtes, la population d'**Haiti** fait preuve d'une bonne connaissance du VIH, trois personnes sur quatre étant capables de citer trois méthodes majeures de protection (abstinence, fidélité à un partenaire non infecté et usage régulier du préservatif) lors des rapports sexuels (Gaillard et al., 2006). Et pourtant, en **Haiti**, seulement 26% des femmes et 42% des hommes qui déclaraient avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel dans l'année écoulée signalaient avoir utilisé un préservatif lors de ces rapports. L'emploi du préservatif rencontre toujours une forte résistance. Un peu plus de la moitié des professionnel(le)s du sexe interrogé(e)s en 2006 (55%) disaient l'utiliser régulièrement alors que le pourcentage était de 92% lors d'une enquête en 2003 ; un tiers seulement des professionnel(le)s interrogé(e)s en 2006 n'avaient pas d'idées fausses quant à la transmission du virus – en 2003, ce pourcentage était de 44% (Centre d'Évaluation et de Recherche appliquée (CERA), Family Health International, 2006). En outre, un tiers des professionnel(le)s du sexe ont reconnu accepter des rapports non protégés pour des raisons financières et la moitié des couples sérodifférents ont dit avoir toujours des rapports non protégés (Gaillard et al., 2006). D'après des études dans l'est des Caraïbes, huit personnes interrogées sur 10 savaient que l'usage régulier du préservatif protège contre l'infection à VIH, mais moins de la moitié des hommes sexuellement actifs et seulement une femme sur cinq déclaraient toujours employer un préservatif avec un partenaire occasionnel (CAREC, 2007b).

Cet écart entre connaissances et comportements apparaît également dans la persistance d'un fort niveau de stigmatisation. Dans l'est des Caraïbes, la plupart des personnes interrogées (en moyenne sept sur 10) connaissaient les principaux modes de transmission du VIH et savaient que partager un repas avec une personne séropositive ne comportait aucun risque. Pourtant, deux sur 10 seulement déclaraient accepter d'acheter des denrées alimentaires chez un marchand infecté par le VIH. Seules 15% des personnes interrogées avaient une attitude compréhensive à l'égard des personnes vivant avec le VIH (CAREC, 2007b).

rétroviral (gratuit pour qui en a besoin) a aidé à faire baisser le pourcentage de décès liés au sida de plus de moitié (53%) entre 2002 et 2006 (Ministère de la Santé de la Trinité-et-Tobago, 2007).

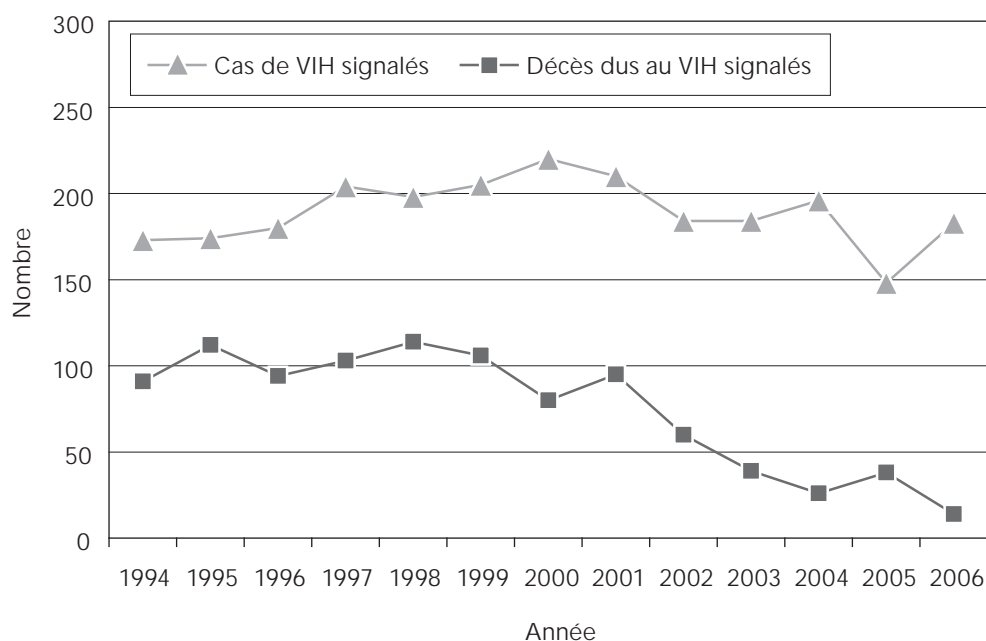
A la **Barbade**, le nombre annuel de nouvelles infections à VIH diagnostiquées est resté relativement stable – entre 180 et 220 – depuis la fin des années 1990, à l'exception de l'année 2005 au cours de laquelle 148 nouvelles infections seulement ont été enregistrées. Cela conduit à penser que les efforts de prévention de la transmission sexuelle du VIH ne sont pas à la hauteur d'autres succès remportés par le pays dans la lutte contre le sida. Les efforts sont d'ailleurs entravés par le fait qu'il n'y a pas à la Barbade d'enquêtes sérologiques qui permettraient d'analyser les structures de l'épidémie et les modes de transmission du VIH (Ministère de la Santé de la Barbade, 2007). Les effets positifs d'un plus large accès au traitement anti-rétroviral sont cependant évidents puisque le nombre annuel de décès attribués au sida a diminué de 85% entre 2001 (soit peu avant l'introduction en 2002 du traitement antirétroviral gratuit) et 2006 (Kumar et al., 2006 ; Ministère de la Santé de la Barbade, 2007). De

la même façon, le taux de transmission mère-enfant du VIH a été ramené en dessous de 3%, taux désormais comparable à celui des pays industrialisés (Ministère de la Santé de la Barbade, 2007).

On commence à avoir une connaissance plus claire de l'épidémie au **Guyana**, où les rapports sexuels non protégés sont la première cause de transmission du VIH. La dernière enquête auprès des consultations prénatales indique une prévalence de 1,6% chez les femmes enceintes. Ce taux est inférieur à celui de 2,3% révélé par une étude analogue conduite en 2004 ; il faut néanmoins rester prudent en comparant les deux ensembles de données du fait de différences méthodologiques. La prévalence notée dans les zones urbaines (2,2%) était presque le double de celle des zones rurales (1,2%) et était plus élevée dans la Région 4 qui comprend la capitale, Georgetown, où à ce jour près de 80% des infections de tout le pays ont été enregistrées. Le fait que la prévalence chez les femmes enceintes de 15 à 24 ans est passée de 2% en 2004 à 1% en 2006 dans les sites impliqués dans les deux enquêtes suggère que le taux d'infections nouvelles pourrait être en train de baisser (Ministère de la Santé du Guyana).

Figure 2

Nombre de cas de VIH et de décès signalés, la Barbade, 1994–2006



Source : Programme national VIH/sida. The 2006 epidemiologic overview of HIV in Barbados.

Selon une étude démographique menée en 2005, 40% des jeunes femmes et jeunes hommes âgés de 15 à 25 ans disaient avoir eu des rapports sexuels avec un partenaire occasionnel et environ les deux tiers (respectivement 68% et 62%) disaient avoir utilisé un préservatif à cette occasion. Des pourcentages analogues de jeunes célibataires sexuellement actifs, hommes et femmes – 64% et 70% respectivement – disaient avoir utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports sexuels (Ministère de la Santé du Guyana, Guyana Responsible Parenthood Association, ORC Macro, 2006).

Peu d'investigations ont été menées parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ; les données disponibles suggèrent néanmoins que sur 10 infections enregistrées, au moins une est due à des rapports sexuels non protégés entre hommes.

D'autres études et enquêtes ont révélé de hauts niveaux de prévalence du VIH dans certains groupes de population, en particulier les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les professionnelles du sexe et certains groupes de migrants. Dans la Région 4, on a noté un pourcentage de personnes séropositives au VIH atteignant 27% chez les professionnelles du sexe et 21% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Dans cette dernière catégorie, 84% disaient avoir également des rapports sexuels avec des femmes (Ministère de la Santé du Guyana, 2005). Des enquêtes menées en 2005 dans des dispensaires pour les infections sexuellement transmissibles ont révélé que 17% des patients des deux sexes étaient séropositifs au VIH (Ministère de la Santé du Guyana, 2007), tandis qu'une étude antérieure effectuée auprès de mineurs travaillant dans l'intérieur du pays faisait état d'une prévalence de 3,9% (Palmer, 2002).

Toutes ces informations montrent qu'il convient de mieux cibler les actions de prévention du VIH en visant surtout les populations qui courent les plus grands risques (en particulier dans les zones urbaines et les lieux où le développement économique est rapide). Un renforcement des systèmes de surveillance du VIH est également nécessaire. Combattre les idées fausses sur le virus, réduire les comportements à risque et lutter contre la stigmatisation et la discrimination demeurent des impératifs au **Guyana**. La stigmatisation reste un problème même au sein de populations

pourtant à haut risque. Selon certaines études, une professionnelle du sexe sur cinq (22%) affirme qu'on peut être contaminé en partageant un repas avec une personne infectée et un tiers (32%) des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes estimaient que les personnes infectées par le VIH devraient être isolées du reste de la population (Ministère de la Santé du Guyana, 2005).

Au **Guyana**, le programme de lutte contre la transmission mère-enfant du VIH s'est également développé. Dans huit régions du pays, 94 sites proposent de tels services (Commission présidentielle VIH/sida, Guyana, 2006). Selon une étude datant de 2006, 80% environ des femmes enceintes acceptent les services de prévention de la transmission mère-enfant lorsqu'ils leur sont proposés (Ministère de la Santé du Guyana, 2007).

Le **Suriname**, où la prévalence nationale du VIH était estimée à 1,9% [1,1%-3,1%] en 2005 (ONUSIDA, 2006), a lui aussi accru ses efforts de traitement. En mai 2007, 514 personnes recevaient un traitement antirétroviral, soit un chiffre multiplié par cinq en 30 mois (Ministère de la Santé du Suriname, 2007). Le dépistage a été également intensifié.

Dans plusieurs pays, le système de surveillance de VIH reste inadéquat, ce qui rend difficile l'analyse des tendances récentes de ces épidémies.

Des épidémies beaucoup moins importantes sévissent dans les îles de la **Dominique** et de **Grenade**. Dans la première, près des trois quarts (71%) des 319 nouvelles infections diagnostiquées à ce jour l'ont été chez des hommes (Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale de la Dominique, 2007). Les enquêtes montrent de forts pourcentages de rapports sexuels à risque chez les jeunes des deux pays, comme d'ailleurs dans les pays des autres îles des Caraïbes orientales (notamment **Antigua-et-Barbuda**, **Saint-Kitts-et-Nevis**, **Sainte-Lucie**, **Saint-Vincent-et-Grenadines**). Entre 31% et 46% des jeunes gens de 15 à 24 ans de ces pays disent avoir eu au cours de l'année écoulée de multiples partenaires occasionnels mais l'usage régulier du préservatif lors de ces rencontres varie considérablement – de 16% à **Saint-Kitts-et-Nevis** à 44% en **Dominique** (ONUSIDA, FHI, OPS, 2007). Une stigmatisation et une discrimination très fortes à l'encontre des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et des professionnelles du sexe ne permettent

pas dans certains de ces pays d'évaluer l'ampleur de la propagation du VIH dans ces groupes de population (CAREC, 2007b).

Contrairement à ce qui se passe dans le reste de la région, la consommation de drogues injectables est le principal facteur de transmission du VIH dans les épidémies des **Bermudes** et de **Porto Rico**. On observe encore des taux très élevés chez les consommateurs de drogues injectables à **Porto Rico** où le taux d'infection à VIH (26 pour 100 000) est le double de celui des Etats-Unis d'Amérique continentaux et où plus des deux tiers des infections sont diagnostiquées chez des hommes (AIDS Action, 2007).

Cuba a toujours l'épidémie la plus faible de la région et la prévalence nationale chez les adultes y est estimée à moins de 0,1% (Zipperer, 2005). Toutefois la prévalence du VIH dans les provinces de l'île de la Juventud et dans la cité de La Havane atteint respectivement 0,18% et 0,13%. La grande majorité des infections (plus de 80%) sont enregistrées chez des hommes, le principal mode de transmission étant les rapports sexuels non protégés entre hommes. Mais plus de

femmes qu'auparavant sont infectées. En 2006, on a relevé 202 nouveaux diagnostics chez elles, ce qui représente une augmentation de 30% par rapport à 2005. Dans l'ensemble, 1100 nouvelles infections à VIH ont été diagnostiquées en 2006, soit une augmentation de près de 20% par rapport à l'année précédente (Programme national de prévention et de lutte contre les IST/le VIH/le sida, 2006). Pour faire face à ces nouvelles tendances, il faudra des efforts de prévention adaptés (y compris une promotion du préservatif et un accroissement de sa mise à disposition).

Ayant fabriqué dès 2001 ses propres médicaments antirétroviraux génériques, **Cuba** est le seul pays de la région offrant un accès universel au traitement antirétroviral, ce que la faible prévalence nationale rend d'ailleurs plus facile (OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2007 ; Fawthrop, 2003 ; Pérez, 2007). Toutes les femmes enceintes effectuent un test de dépistage du VIH et celles qui s'avèrent séropositives reçoivent des médicaments pour diminuer le risque de transmission mère-enfant. Seuls 28 cas de transmission mère-enfant ont été enregistrés à Cuba (Pérez, 2007).



BIBLIOGRAPHIE

CARAÏBES

- AIDS Action (2007). *State facts: HIV/AIDS in Puerto Rico*. AIDS Action. Washington.
- Allen CF et al. (2006). Sexually transmitted infection use and risk factors for HIV infection among female sex workers in Georgetown, Guyana. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 43(1):96–101.
- CAREC (2007a). *The Caribbean HIV/AIDS epidemic and the situation in member countries of the Caribbean Epidemiology Centre*. February. Port of Spain. Disponible sur : <http://www.carec.org/data/caribbean-population-distribution-pyramids/2005>
- CAREC (2007b). *Behavioural surveillance surveys in six countries of the Organization of Eastern Caribbean States, 2005–2006*. Mars. Port of Spain.
- CAREC, OPS, OMS (2005). *Leading causes of death and mortality rates (counts and rates) in Caribbean Epidemiology Centre member countries (CMCs):1985 1990 1995 2000*. Port of Spain.
- Caribbean Technical Expert Group (2004). *Strengthening the Caribbean regional response to the HIV epidemic: report of the Caribbean Technical Expert Group meeting on HIV prevention and gender*. Projet de document de travail. 28–29 octobre. Kingston.
- Cayemittes M et al. (2001). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services, Haïti 2000*. Calverton, Maryland, Ministère de la Santé Publique et de la Population, Institut Haïtien de l'Enfance, ORC Macro.
- Cayemittes M et al. (2006). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV: Haïti 2005–2006*. Juillet. Pétiion ville et Calverton, Institut Haïtien de l'Enfance, ORC Macro.
- Centre d'Évaluation et de Recherche Appliquée (CERA), Family Health International (2006). *Résultats préliminaires. Enquêtes de surveillance des comportements. Haïti 2006, FHI BSS III*.
- Cohen, J (2006). A sour taste on the sugar plantations. *Science*, 313:473–475.
- Couturel, MC et al (2007). HIV prevalence and risk behaviors among clients of female sex workers in Gonaives and St-Marc, Haiti. Abstract P-361. 17e réunion de la Société internationale pour la recherche sur les maladies sexuellement transmissibles. 29 juillet–1 août. Seattle.
- Department of Statistics The Bahamas (2005). *Registered event*. Nassau.
- Fawthrop T (2003). Cuba: is it a model in HIV-AIDS battle? Décembre. Londres, Panos.
- Gaillard EM et al. (2006). Understanding the reasons for decline of HIV prevalence in Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(2). Avril.
- Gebre Y et al. (2006). Tracking the course of the HIV epidemic through second generation surveillance in Jamaica: survey of female sex workers. Abstract CDC0313. XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Groupe thématique des Nations Unies sur le VIH/sida, Gouvernement de la Jamaïque (2005). *Multiple indicator cluster survey*. Décembre. Kingston.
- Gupta S et al. (2006). Comparison of three methods to detect recent HIV-1 infection in specimens collected cross-sectionally in a cohort of female sex workers in the Dominican Republic. Abstract MOPE0439. XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Guyana Presidential Commission on HIV/AIDS (2006). *Status of the national response to the UNGASS Declaration of Commitment on HIV/AIDS: for the reporting period of January 2003 to December 2005*. Georgetown.

- Hallett TB et al. (2006). Declines in HIV prevalence can be associated with changing sexual behaviour in Uganda, urban Kenya, Zimbabwe and urban Haiti. *Sexually Transmitted Infections*, 82(Suppl. 1):i1–i8.
- Human Rights Watch (2004). *Hated to death: homophobia, violence and Jamaica's HIV/AIDS epidemic*. Novembre. New York.
- Inciardi JA, Syvertsen JL, Surratt HL (2005). HIV/AIDS in the Caribbean Basin. *AIDS Care*, 17(Suppl. 1):S9–S25.
- Kerrigan D et al. (2006). Environmental-structural interventions to reduce HIV/STI risk among female sex workers in the Dominican Republic. *American Journal of Public Health*, 96(1):120–125.
- Kumar A et al. (2006). Changing HIV infection-related mortality rate and causes of death among persons with HIV infection before and after the introduction of highly-active antiretroviral therapy: analysis of all HIV-related deaths in Barbados, 1997–2005. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, 5(3):109–114.
- Lee RK et al. (2006). Risk behaviours for HIV among men who have sex with men in Trinidad and Tobago. Abstract CDD0366. XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Ministère de la Santé Publique et de la Population Haïti (2007). Etude de sérosurveillance par méthode sentinelle de la prévalence du VIH, de la syphilis, de l'hépatite B et de l'hépatite C chez les femmes enceintes en Haïti, 2006/2007. Juillet. Port-au-Prince.
- Ministry of Health and Social Improvement Antigua-et-Barbuda, CAREC, OPS, OMS (2005). Report on an HIV seroprevalence survey among male inmates in Her Majesty's Prison in Antigua and Barbuda, conducted on 11–12 May 2005. Juillet.
- Ministry of Health The Bahamas (2006). Follow-up to the Declaration of Commitment on HIV/AIDS (UNGASS) Country Report. Avril. Nassau.
- Ministry of Health The Bahamas (2007). HIV/AIDS statistical data. Disponible sur http://www.bahamas.gov.bs/MOHE/MOH_STATS_Statistics.aspx
- Ministry of Health Barbados (2007). *The 2006 epidemiological overview of HIV in Barbados*. Document de travail. Juillet. Bridgetown.
- Ministry of Health Belize (2005). *HIV seroprevalence in inmates at the Kolbe Foundation Belize Central Prison*. Juin. Belmopan.
- Ministry of Health and Social Security Dominica (2007). *HIV/AIDS epidemiology and information in Dominica*. Roseau.
- Ministry of Health and Social Security Dominica, CAREC, OPS, OMS (2005). Report on an HIV seroprevalence survey among male inmates in the Stock Farm Prison in Dominica, conducted on May 18–19, 2005. Juillet.
- Ministry of Health and the Environment Grenada, CAREC, OPS, OMS (2005). Report on an HIV seroprevalence survey among male inmates in Her Majesty's Prison in Grenada, conducted on August 2–3, 2005. Octobre.
- Ministry of Health Guyana (2005). *Behavioural surveillance survey, round I: 2003/2004 —executive summary*. Georgetown.
- Ministry of Health Guyana (2007). *Guyana HIV antenatal care seroprevalence survey, 2006*. Georgetown.
- Ministry of Health Guyana, Guyana Responsible Parenthood Association, ORC Macro (2006). *Guyana HIV/AIDS Indicator Survey 2005*. Calverton.
- Ministry of Health Jamaica (2007a). *HIV and AIDS in Jamaica National Strategic Plan 2007–2012*. Juillet. Kingston. National HIV/STI Programme, Ministry of Health.
- Ministry of Health Jamaica (2007b). *ARV Database*. Kingston. National HIV/STI Programme, Ministry of Health.
- Ministry of Health and the Environment Saint Kitts and Nevis, CAREC, OPS, OMS (2005). Report on an HIV seroprevalence survey among male inmates in Her Majesty's Prison in St. Kitts and Nevis, conducted on 24–25 August 2004. janvier. Basseterre.
- Ministry of Health and the Environment Saint Vincent and the Grenadines, CAREC, OPS, OMS (2005). Report on an HIV seroprevalence survey among male inmates in Her Majesty's Prison in St. Vincent and the Grenadines, conducted on April 12–13, 2005. Juillet. Kingston.
- Ministry of Health Saint Lucia, CAREC, OPS, OMS (2005). Report on an HIV seroprevalence survey among male inmates in Bordelais Correctional Facility in St. Lucia, conducted on November 5, 8–9, 2004. Juin. Castries.
- Ministry of Health Trinidad-et-Tobago (2007). *HIV/AIDS morbidity and mortality report, Quarter 1 Report*. 22 mai.
- OMS, ONUSIDA, UNICEF (2007). *Towards universal access: scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*. 17 avril. Genève, OMS.
- ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève.

- OPS (2007). *AIDS in the Americas: the evolving epidemic, response and challenges ahead*. Washington, DC.
- OPS, OMS (2006). Assessment report for the evaluation of national services for the prevention of mother to child transmission of HIV and syphilis, 2000–2005. Washington, DC.
- OPS, UNICEF (2007). Evaluación de la Respuesta del Sistema Nacional de Salud al VIH/SIDA en la República Dominicana. Mai. Saint-Domingue.
- Palmer CJ, et al (2002) HIV prevalence in a gold mining camp in the Amazon region, Guyana. *Emerging Infectious Diseases*. Mar; 8 (3):330–1.
- Pérez J (2007). *Approaches to the Management of HIV/AIDS in Cuba*. Juin. La Havane, OMS.
- Programa Nacional de Prevención y control de las ITS/VIH/Sida (2006). *Actualización de la situación Nacional hasta el 31 de Dic 2006*. Décembre. Dirección Nacional de Epidemiología, MINSAP. La Havane.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana (2005a). De Segunda Generación Encuestas De Seroprevalencia de la Infección VIH Basadas en Puestos Centinelas 2004. Mars. Saint-Domingue, Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, USAID-FHI, CONECTA.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana (2005b). *Encuestas de vigilancia del comportamiento sobre VIH/ SIDA/ ITS en RSX y HSH del Área V de Salud*. Janvier. Saint-Domingue.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social de República Dominicana (2007). *Resultados Preliminares de las Estimaciones de VIH/SIDA Nacionales de la República Dominicana 2006*. Juin. Saint-Domingue.
- Severe P et al. (2005). Antiretroviral therapy in a thousand patients with AIDS in Haiti. *New England Journal of Medicine*, 353(22):2392–4.
- Taylor M (2006). An in-depth look at Jamaican go-go dancers/sex workers. Abstract CDD0082. XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- USAID, FHI, OPS (2007). *Behavioural surveillance surveys (BSS) in six countries of the Organization of Eastern Caribbean States, 2005–2006*. Rapport final. Mai. Port of Spain.
- Zipperer M (2005). HIV/AIDS prevention and control: the Cuban response. *The Lancet Infectious Diseases*, 5(7):400.

L'ONUSIDA, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida, rassemble les efforts et les ressources de 10 organismes des Nations Unies dans la riposte mondiale au sida. Les organismes coparrainants sont les suivants : le HCR, l'UNICEF, le PAM, le PNUD, l'UNFPA, l'ONU DC, l'OIT, l'UNESCO, l'OMS et la Banque mondiale. Basé à Genève, le Secrétariat de l'ONUSIDA est présent sur le terrain dans plus de 80 pays à travers le monde.

Le rapport annuel *Le point sur l'épidémie de sida* relate les faits les plus récents sur l'épidémie de VIH/sida dans le monde. Ce Résumé par région 2007 donne les estimations les plus récentes sur la portée et le tribut humain de l'épidémie et étudie les nouvelles tendances de l'évolution de l'épidémie dans les Caraïbes.



ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVE 27
SUISSE

T (+41) 22 791 36 66
F (+41) 22 791 48 35

www.unaids.org