

07

Amérique latine

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/08.12F / JC1530F (version française, mars 2008)

Version originale anglaise, UNAIDS/08.12E / JC1530E, mars 2008 :

Latin America : 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

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

« ONUSIDA/08.12F / JC1530F ».

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

ISBN 978 92 9 173690 4

(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

Amérique latine

Le point sur l'épidémie de sida

Résumés par région



ONUSIDA
PROGRAMME COMMUN DES NATIONS UNIES SUR LE VIH/SIDA

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



**Organisation
mondiale de la Santé**



AMÉRIQUE LATINE

Amérique du Sud

Un tiers environ du nombre total de personnes vivant avec le VIH en Amérique latine résident dans le pays très peuplé qu'est le **Brésil**. En centrant simultanément ses efforts sur l'accès à la prévention et sur l'accès aux traitements, ce pays a su stabiliser son épidémie. La prévalence nationale chez les adultes s'est maintenue à environ 0,5% [0,3%-1,6%] depuis 2000 (ONUSIDA, 2006). La transmission mère-enfant a fortement diminué après 1997 (de Brito et al., 2006) passant d'une estimation nationale de 16% en 1997 à moins de 4% en 2002 (Dourado et al., 2006). Dans le même temps, l'accès étendu au traitement antirétroviral a réduit de moitié le nombre de décès dus au sida entre 1996 et 2002 (Okie, 2006). On a néanmoins des inquiétudes quant à la poursuite de la politique actuelle d'accès universel au traitement antirétroviral. Les dépenses pour ces médicaments ont augmenté de 66% en 2005 du fait du nombre élevé de personnes recevant un traitement antirétroviral de deuxième intention, de l'affaiblissement de l'industrie pharmaceutique nationale produisant les médicaments génériques et de difficultés dans les négociations avec les firmes pharmaceutiques concernant la fixation des prix et autres accords (Grangeiro et al., 2006).

L'épidémie du **Brésil**, concentrée au départ chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, s'est étendue aux consommateurs de drogues injectables et finalement à la population générale, avec un nombre croissant de femmes infectées (Dourado et al., 2007). Le facteur clé de la contamination d'une

forte proportion de femmes est le comportement de leurs partenaires sexuels masculins (Silva et Barone, 2006) qui ont pu être contaminés lors de rapports non protégés avec un homme ou une femme ou suite à l'utilisation d'un matériel d'injection non stérile. Les rapports sexuels non protégés entre hommes restent un facteur important et sont considérés comme responsables de la moitié des infections à VIH sexuellement transmises au **Brésil**.

Même si l'épidémie reste stable dans l'ensemble, la transmission du VIH croît parmi les secteurs pauvres et illettrés de la société (Fonseca et al., 2003 ; Dourado et al., 2007). Une étude démographique à Salvador, dans l'Etat de Bahia au nord-est du pays, a indiqué une prévalence de 0,6% dans la population adulte. Mais l'étude a également montré que le niveau d'infection était trois fois plus élevé parmi les personnes des catégories à faible revenu que parmi celles des catégories à plus haut revenu – 0,8% vs 0,3% respectivement (Dourado et al., 2007).

En centrant ses efforts simultanément sur la prévention et sur le traitement, le Brésil a contribué à stabiliser son épidémie.

La prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables a décliné dans certaines villes, particulièrement là où l'épidémie est relativement établie et où il existe des programmes de prévention bien

en place. Cette baisse s'explique surtout par les effets des programmes de réduction des risques, le passage de l'injection à l'inhalation de drogues et la mortalité parmi les consommateurs de drogues (ONUSIDA, OMS, 2006). Certaines études ont montré que les rapports sexuels non protégés entre hommes étaient un facteur clé de la contamination par le VIH chez les consommateurs de drogues injectables, ce qui souligne la nécessité de services visant à réduire les pratiques à risque liées tant aux rapports sexuels qu'à la consommation de drogues dans cette population (Ferreira et al., 2006). Ces services devront également tenir compte de la vulnérabilité potentiellement plus élevée des femmes consommatrices de drogues. Une étude transversale menée à la fois dans les Etats de Bahia, de Rio Grande do Sul, de Santa Catarina et de São Paulo a montré que les femmes consommatrices de drogues séropositives avaient tendance à échanger des faveurs sexuelles contre de la drogue plus souvent que leurs homologues masculins séropositifs et étaient plus susceptibles d'avoir des partenaires sexuels qui s'injectaient fréquemment des drogues (Cintra et al., 2006).

On a trouvé une prévalence du VIH élevée dans la population carcérale. Près de 6% des détenus masculins testés dans le pénitencier de São Paulo étaient séropositifs au VIH (Coelho et al., 2007), ainsi que 14% des femmes dans un centre de détention de la même ville (Strazza et al., 2007). Il semble que le niveau de connaissance du VIH chez les détenus soit élevé mais l'accès aux services de prévention à l'intérieur des prisons reste inadéquat (Coelho et al., 2007).

Ces dernières années, les rapports sexuels non protégés sont devenus le principal mode de transmission du VIH en **Argentine** (Cohen, 2006). La plupart des 120 000 [80 000–220 000] personnes vivant avec le VIH résident dans les provinces de Buenos Aires, Cordoba et Santa Fe. On a estimé que quatre cinquièmes des nouvelles infections diagnostiquées en 2005 étaient dues à des rapports (principalement hétérosexuels) non protégés (Programme national de lutte contre le sida de l'Argentine, 2005). Comme dans plusieurs autres pays d'Amérique du Sud, le taux le plus élevé de prévalence du VIH a néanmoins été observé chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. La surveillance sentinelle à Buenos Aires, par exemple, a enregistré dans ce groupe de population une prévalence de 14% en 2000-2001 (Pando et al., 2006).

La consommation de drogues injectables, qui fut en son temps un facteur important de l'épidémie en **Argentine**, a décliné au cours de la dernière décennie, ainsi que l'usage de matériel d'injection non stérile. L'injection de drogues n'a par exemple représenté

que 5% des nouvelles infections à VIH dans la capitale Buenos Aires entre 2003 et 2005 (Cohen, 2006). Cette tendance est en partie due à l'impact émotionnel évident du sida au sein des réseaux de consommateurs de drogues injectables, ainsi qu'aux changements de prix et de qualité des drogues. En conséquence, fumer la cocaïne semble être devenu une pratique plus courante que de procéder à des injections. Selon une étude conduite en 1998 à Buenos Aires, la capitale, 44% des consommateurs de drogues injectables disaient se « faire fréquemment des injections » ; ils n'étaient plus que 5% en 2003. L'injection se pratique encore mais de façon de plus en plus solitaire et clandestine – ce qui nuit à l'efficacité des stratégies de réduction des risques sur le terrain (Rossi et al., 2006).

Dans l'**Uruguay** voisin, on estimait à 10 000 [4600–30 000] le nombre de personnes vivant avec le VIH à fin 2005 (ONUSIDA, 2006). L'épidémie de l'**Uruguay** se concentre surtout dans la capitale Montevideo et ses alentours (plus des trois quarts du nombre total des cas de sida déclarés) et dans les districts de Canelones, de Maldonado et de Rivera. Les rapports sexuels non protégés (le plus souvent hétérosexuels) sont responsables d'environ deux tiers des infections à VIH enregistrées. Mais près du quart restant pourraient être dus à des rapports sexuels non protégés entre hommes, une prévalence du VIH de 22% ayant été notée dans la capitale chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Montano et al., 2005). L'emploi de matériel d'injection non stérile est également un facteur important de l'épidémie en **Uruguay**, responsable de presque un cinquième (18%) des infections à VIH (Programme national de lutte contre le sida de l'Uruguay, 2007). Une transmission significative du VIH est survenue chez les consommateurs de drogues injectables à Montevideo où, au cours d'une étude, 19% se sont avérés séropositifs (IDES et al., 2005).

Plus au nord, l'épidémie du **Paraguay** est comparativement de plus faible ampleur et se concentre essentiellement dans la capitale, Asunción, et le Département Central ainsi que dans certaines zones qui sont limitrophes de l'**Argentine** et du **Brésil** (Programme national de lutte contre le sida du Paraguay, 2007). La prévalence nationale du VIH chez les femmes enceintes était de 0,3% en 2005 (Programme national de lutte contre le sida du Paraguay, 2006a) et la majorité des personnes vivant avec le VIH, estimées à la fin 2005 au nombre de 13 000 [6200–41 000] étaient des hommes (ONUSIDA, 2006). La plupart de ces hommes ont été contaminés lors de rapports sexuels tarifés non protégés, de rapports avec des hommes ou lors de l'in-

jection de drogues. Selon les études sentinelles récentes, 12% des consommateurs de drogues injectables se sont avérés séropositifs au test du VIH à Asunción ainsi que 3,6% parmi la clientèle des professionnel(le)s du sexe dans la même ville (Programme national de lutte contre le sida du Paraguay, 2006b). La prévalence du VIH chez les hommes professionnels du sexe est, à 11%, considérablement plus élevée que la prévalence de 1,8% et 2,6% observée selon deux études distinctes chez leurs homologues féminines (Bautista et al., 2006a ; Programme national de lutte contre le sida du Paraguay, 2006c). Une forte prévalence de la syphilis chez les professionnel(le)s du sexe (13% chez les hommes et 19% chez les femmes) laisse néanmoins penser que ces personnes ont peu accès aux services de santé sexuelle et recourent rarement au préservatif – ce qui facilite la transmission du VIH entre les professionnel(le)s du sexe, leur clientèle et les autres partenaires sexuels (Programme national de lutte contre le sida du Paraguay, 2006b).

Au Chili, il conviendra de procéder à des efforts de recherche dans le domaine du VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes.

Au **Chili** également, la majorité des infections à VIH s'observe chez les hommes même si les femmes sont de plus en plus souvent contaminées par leurs partenaires masculins, dont certains ont probablement été infectés au cours de rapports sexuels avec des hommes (Martínez, Elea, Chiu, 2006). Il serait nécessaire de procéder à plus de recherches liées au VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Les études ont constaté une faible prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe (aucune femme séropositive lors d'une étude récente dans la capitale) ce qui conduit à penser que les rapports hétérosexuels tarifés non protégés ne provoquent qu'un faible pourcentage des infections à VIH actuelles (Barrientos et al., 2007). Lors d'une enquête à Santiago, 93% des professionnelles du sexe interrogées disaient toujours utiliser un préservatif dans leurs activités professionnelles, ce qui résulte probablement des efforts de prévention faits dans le passé pour promouvoir la protection des rapports dans le commerce du sexe (Barrientos et al., 2007).

En **Bolivie**, en **Equateur** et au **Pérou**, le VIH continue d'affecter principalement les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. En **Bolivie**, on a noté dans ce groupe de population une préva-

lence de 22% à Santa Cruz et de 15% à La Paz. On a estimé qu'en 2005 3% seulement des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes avaient accès à des services d'aide à la prévention du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles, à comparer à un taux de couverture de 30% pour les professionnel(le)s du sexe (Ministère de la Santé et des Sports, ONUSIDA, 2007a,b).

Au **Pérou**, la prévalence moyenne chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes est restée stable, de 18% à 22% dans diverses études entre 1996 et 2002 (Sanchez et al., 2007 ; Ministère de la Santé du Pérou, 2006). Dans une étude de 2002, la prévalence du VIH à Lima a été estimée à 8,3% (Sanchez et al., 2007). Dans cette ville, l'emploi du préservatif augmente tant avec les partenaires réguliers qu'avec les partenaires occasionnels ; chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec les hommes, la prévalence de la syphilis y a légèrement diminué et celle de la gonorrhée plus fortement (Sanchez et al., 2007). Cependant des niveaux bien plus bas de recours au préservatif ont été notés dans le passé chez une bonne partie (entre un quart ou la moitié selon les études) des hommes qui ont également des rapports sexuels avec des femmes – moins d'un sur cinq (17%) déclare avoir utilisé un préservatif avec des femmes au cours de l'année écoulée (Tabet et al., 2002). La plupart des femmes infectées par le VIH l'ont vraisemblablement été lors de rapports avec des hommes ayant aussi des rapports sexuels avec des hommes (Ministère de la Santé du Pérou, 2006). La prévalence du VIH a été bien plus basse chez les professionnelles du sexe – entre 0,6% et 1,6% selon les villes (Montano et al., 2005).

Dans l'ensemble, on estime la prévalence nationale du VIH chez les adultes au **Pérou** à 0,6% [0,3%–1,7%] (ONUSIDA, 2006). Des études spécifiques indiquent une prévalence moindre, notamment 0,2% dans une étude démographique de 2002 au sein de la population (Carcamo et al., 2003). Une prévalence élevée du VIH est apparue au sein des populations autochtones de la région Amazone du **Pérou**. En 2004, chez les adultes Chayahuita, on a trouvé une prévalence de 7,5%. Aucun participant à l'étude n'avait jusqu'alors utilisé de préservatif et les rapports sexuels entre hommes semblaient assez courants (Zavaleta et al., 2007).

Les rapports sexuels entre hommes sont également le moteur principal de la transmission du VIH en **Colombie**, où l'on a enregistré dans certaines villes des prévalences de 10% à 18% chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Les rapports sexuels tarifés non protégés sont un autre facteur décisif avec des prévalences du VIH de 3,3% et de

5% enregistrées en 2006 chez des professionnelles du sexe à Baranquilla sur la côte caraïbe (Ministère de la Protection sociale de la Colombie et Groupe thématique de l'ONUSIDA, 2006). Ce chiffre est beaucoup plus élevé que celui de la prévalence (0,7%) notée lors d'une étude de 2002 chez les professionnel(le)s du sexe dans la capitale Bogotá (Ministère de la Protection sociale de la Colombie et Groupe thématique de l'ONUSIDA, 2006).

Amérique centrale

L'inadéquation des systèmes de surveillance sentinelle du VIH en Amérique centrale gêne la mise à jour de la connaissance des épidémies dans cette sous-région. Les informations disponibles indiquent que celles-ci sont principalement dues à une transmission du virus lors de rapports sexuels non protégés entre hommes ou lors de rapports tarifés, la migration étant, elle aussi, un facteur important de la propagation du virus.

Dans le contexte d'une homophobie très présente, des épidémies souterraines se développent chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes dans les pays d'Amérique centrale, y compris le **Belize**, le **Costa Rica**, le **El Salvador**, le **Guatemala**, le **Nicaragua** et le **Panama**. Comparé à la prévalence du VIH dans la population générale adulte, le niveau d'infection chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est sept fois plus élevé au **Honduras**, 10 fois plus au **Guatemala** et au **Panama**, 22 fois en **El Salvador** et 38 fois au **Nicaragua**, d'après les recherches menées depuis 2002 (Soto et al., 2007).

Une forte baisse de la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe dans trois grandes villes du Honduras semble liée à une augmentation significative de l'emploi du préservatif au cours des rapports tarifés.

En **El Salvador**, près de un sur six (15%) des hommes ayant participé à une enquête concernant cinq pays en 2002 se sont avérés séropositifs – un sur huit (12%) au **Guatemala** et au **Honduras**. La prévalence la plus faible – observée au **Nicaragua** – était de 8%, et de 9% au **Panama**. Le niveau relativement élevé de connaissance des méthodes de prévention (de 79% en **El Salvador** à 96% au **Honduras**) est dans une certaine mesure contredit par la forte proportion d'hommes (entre un quart au **Honduras** et la moitié au **Nicaragua**) qui véhiculaient des idées fausses sur

la transmission du virus. Les rapports protégés étaient rares au **Guatemala** et au **Nicaragua** où plus de la moitié des hommes ont dit ne pas avoir utilisé systématiquement de préservatif avec leurs partenaires occasionnels de sexe masculin au cours du mois précédant l'enquête. Au **Nicaragua**, près de la moitié des hommes professionnels du sexe n'avaient pas régulièrement fait usage du préservatif au cours du mois écoulé (Soto et al., 2007).

Les observations dans ces pays conduisent à penser qu'il se produirait également une transmission du virus lors des rapports que des hommes séropositifs ont avec des partenaires tant masculins que féminins. Sauf au **Panama**, entre un quart et un tiers des hommes interrogés ont dit avoir eu des rapports sexuels dans les six mois précédents avec au moins un homme et une femme. En outre, entre 30% et 40% de ces hommes disaient avoir eu des rapports non protégés avec des hommes et des femmes dans les 30 jours précédents. Il est urgent, en Amérique centrale, d'étendre et de développer des interventions sociales et médicales intégrées qui soient accessibles aux hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (Soto et al., 2007).

Des épidémies latentes parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes sont en cours dans plusieurs pays d'Amérique centrale, y compris le Belize, le Costa Rica, El Salvador, le Guatemala, le Nicaragua et le Panama.

La même étude a trouvé des niveaux de prévalence élevés chez les professionnelles du sexe au **Honduras** (10%), au **Guatemala** (4%) et en **El Salvador** (3%) et une faible prévalence de 0,2% au **Nicaragua** et au **Panama**. Près d'une professionnelle sur deux au **Nicaragua** ayant déclaré n'avoir pas eu recours au préservatif avec ses clients réguliers ou occasionnels au cours du mois écoulé, il est évident qu'il faut dans ce pays intensifier les efforts de prévention ciblant les professionnel(le)s du sexe si l'on veut inverser le cours de l'épidémie. Des écarts frappants en matière de prévalence des autres infections sexuellement transmissibles montrent qu'il faut aussi améliorer les services de santé sexuelle dans ces pays, y compris en **El Salvador** (où 15% des professionnelles du sexe étaient infectées par la syphilis et 11% par la gonorrhée), au **Guatemala** (prévalence de la syphilis 12% et de la gonorrhée 11%) et au **Nicaragua** (prévalence de la syphilis 8% et de la gonorrhée 9%) (Soto et al., 2007).

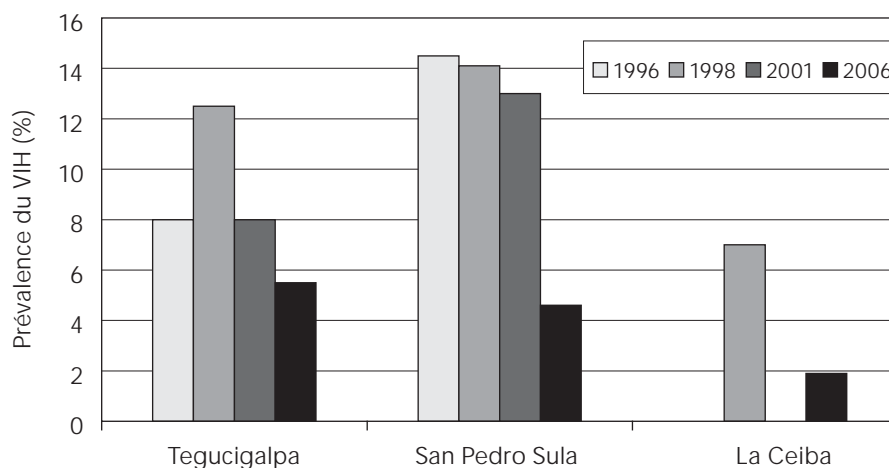
De récentes enquêtes de surveillance sentinelle du VIH ont fait mieux connaître l'épidémie du **Honduras** où la transmission du VIH s'effectue le plus souvent lors de rapports non protégés – avec les professionnel(le)s du sexe ou entre hommes. On a noté une prévalence élevée du VIH chez les professionnelles du sexe et chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Ministère de la Santé du Honduras, 2006), même si on a récemment enregistré une baisse de la prévalence dans ces groupes de population (Secrétariat de la Santé du Honduras et al., 2007a,b). Les résultats préliminaires d'une étude conduite en 2006 indiquent à Tegucigalpa une prévalence du VIH de 5,7% chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (elle atteignait 8,2% en 2001 et 10% en 1998) et à San Pedro Sula une prévalence de 9,7% (elle était de 16% en 2001). Mais une augmentation de la prévalence de la syphilis observée en 2006 montre que l'accès et le recours aux services de santé sexuelle doivent être améliorés ainsi que le taux d'utilisation du préservatif. Trois quarts au moins des hommes ayant participé à l'étude déclaraient avoir utilisé régulièrement un préservatif avec leurs partenaires occasionnels au cours du mois écoulé et deux tiers au moins déclaraient l'employer également avec leurs partenaires réguliers. Mais un quart au moins des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ne se protégeaient pas lors de la pénétration anale (Secrétariat de la Santé du Honduras et al., 2007b).

On a également noté une forte baisse de la prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe dans trois grandes villes du **Honduras** (voir Figure 1). L'usage régulier du préservatif au cours des 30 jours écoulés dans ces trois villes était fréquent (>80% à Tegucigalpa et San Pedro Sula, 98% à La Ceiba avec les clients et 87% au moins avec les partenaires occasionnels), ce qui montre que la promotion du préservatif et d'autres efforts de prévention ont été fructueux (Secrétariat de la Santé du Honduras, 2007a).

L'épidémie au **Mexique** reste largement concentrée chez les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, chez les professionnel(le)s du sexe et leur clientèle et chez les consommateurs de drogues injectables. Diverses études en 2005 ont noté une prévalence du VIH de 2% à 4% chez les consommateurs de drogues injectables à Tijuana et Ciudad Juárez, le long de la frontière avec les Etats-Unis d'Amérique (White et al., 2007 ; Frost et al., 2006). Plus de 85% de cette population déclaraient avoir utilisé un matériel d'injection non stérile, ce qui montre la nécessité de mettre en place des programmes de réduction des risques (White et al., 2007). Chez les professionnelles du sexe on a enregistré dans ces mêmes villes une prévalence du VIH de 5%, les rapports sexuels non protégés (31% des professionnel(le)s du sexe à Ciudad Juárez étaient atteint(e)s de syphilis) et la consommation de drogues injectables étant les principaux facteurs de transmission du VIH (Patterson et al., 2006). Ces résultats sont

Figure 1

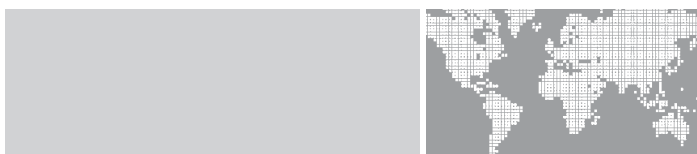
Prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe dans plusieurs villes du Honduras, 1996–2006



Source : Secretaría de salud de Honduras et al. (2007a). Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables : Trabajadoras Sexuales. Août. Tegucigalpa, Secrétariat à la Santé du Honduras.

confirmés par une autre étude qui a constaté une prévalence de 12% chez les professionnel(le)s du sexe consommant des drogues et de 5% chez leurs homologues n'en consommant pas. Les professionnelles du sexe consommatrices de drogues injectables avaient également des niveaux d'infections sexuellement transmissibles plus élevés et tendaient davantage à avoir des rapports non protégés avec leurs clients que leurs homologues non consommatrices (Strathdee et al., 2007). Les efforts de prévention du VIH devront cibler les professionnel(le)s du sexe qui consomment des drogues et leur clientèle, ainsi que les partenaires sexuels de ces groupes.

Dans l'ensemble, les rapports sexuels non protégés entre hommes sont à l'origine de plus de la moitié (57%) des infections à VIH constatées à ce jour au Mexique (Bravo-Garcia, Magis-Rodriguez, Saavedra 2006) bien qu'il y ait des signes de risques accrus d'infection à VIH chez les femmes (Magis-Rodriguez et al., 2004). Les hommes professionnels du sexe, en particulier, semblent être fortement exposés au VIH. Une étude dans les villes de Mexico et Guadalajara a montré une prévalence du VIH de 20% dans ce dernier groupe de population et une autre, à Monterrey et Acapulco, une prévalence de 15% en 2005 (Magis et al., 2006).



BIBLIOGRAPHIE

AMÉRIQUE LATINE

- Barrientos JE et al. (2007). HIV prevalence, AIDS knowledge and condom use among female sex workers in Santiago, Chile. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8):1777–1784.
- Bautista CT et al. (2006). Seroprevalence of and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in South America. *Sexually Transmitted Infections*, 82(4):311–316.
- Bravo-García E, Magis-Rodríguez C, Saavedra J (2006). New estimates in Mexico: more than 180,000 people living with HIV. Abstract CDC0411. XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- de Brito AM et al. (2006). Trends in maternal-infant transmission of AIDS after antiretroviral therapy in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 40(Suppl.):18–22.
- Carcamo P et al. (2003). Sex and STDs in Peru: a nation-wide general population-based survey of urban young adults. Huitième Congrès mondial sur les IST/le sida, 40e Assemblée générale mondiale de l'Union internationale contre les IST et XIVe Conférence panaméricaine IST/sida ; 2003. Punta del Este.
- Cintra AM de O et al. (2006). Characteristics of male and female injecting drug users of the AjUDE-Brasil II Project. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(4):791–802.
- Coelho HC et al. (2007). HIV prevalence and risk factors in a Brazilian penitentiary. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9):2197–2204.
- Cohen J (2006). Up in smoke: epidemic changes course. *Science*, 313:487–488.
- Dourado I et al. (2006). AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 40(Suppl.): 9–17.
- Dourado I et al. (2007). HIV-1 seroprevalence in the general population of Salvador, Bahia State, Northeast Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1):25–32.
- Ferreira AD et al. (2006). Profile of male Brazilian injecting drug users who have sex with men. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(4):849–860.
- Fonseca MGP et al. (2003). Distribuição social da AIDS no Brasil, Segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status socio-econômico dos casos de 1987–1998. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(5): 1351–1363.
- Frost SD et al. (2006). Respondent-driven sampling of injection drug users in two US-Mexico border cities: recruitment dynamics and impact on estimates of HIV and syphilis prevalence. *Journal of Urban Health*, 83(Suppl. 6): i83–i97.
- Grangeiro A et al. (2006). Sustainability of Brazilian policy for access to antiretroviral drugs. *Revista de Saúde Pública*, 40(Suppl.):60–69.
- IDES et al. (2005). *HIV, HBV, HCV prevalence related to sexual behavior and drug use in 200 injecting drug users in Montevideo, Uruguay*. Ministère de la Santé. Montevideo.

- Magis C et al. (2006b). HIV prevalence and factors associated with the possession of condoms among male sex workers in two cities: Guadalajara and Mexico City, Mexico. Abstract CDC0336. XVIe Conférence internationale sur le sida. 13–18 août. Toronto.
- Magis-Rodriguez C et al. (2004). Migration and AIDS in Mexico: an overview based on recent evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 37(Suppl. 4):S215–S226.
- Martínez GP, Elea NA, Chiu AM (2006). Epidemiology of HIV infection and acquired immune deficiency disease syndrome in Chile. *Revista Chilena de Infectología*, 23(4):321–329.
- Ministerio de Salud de Peru (2005). *Sentinel surveillance report*. Lima, Ministerio de Salud de Peru, Directorate of Epidemiology.
- Ministerio de Salud del Peru (2006). *Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú – Bases Epidemiológicas para la Prevención y el Control*. Lima.
- Ministerio de Salud y Deportes, ONUSIDA (2007a). *Diagnóstico situacional, monitoreo y evaluación de la implementación del Compromiso UNGASS sobre el VIH/sida*. La Paz.
- Ministerio de Salud y Deportes, ONUSIDA (2007b). *Plan para Alcanzar el Acceso Universal a la Prevención, Atención y Tratamiento del VIH/SIDA en Bolivia 2006–2010*. La Paz.
- Ministry of Health Honduras (2006). *Honduras: follow-up report to the Commitment on HIV/AIDS*. Tegucigalpa.
- Montano SM et al. (2005). Prevalences, genotypes and risk factors for HIV transmission in South America. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 40(1):57–64.
- Okie S (2006). Fighting HIV—lessons from Brazil. *New England Journal of Medicine*, 354(19):1977–1981.
- ONUSIDA (2006). *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida*. Genève.
- ONUSIDA, Ministerio de la Protección Social (2006). *Infección por VIH y Sida en Colombia*. Estado del Arte. Bogotá, Pro-off set editorial Ltda.
- ONUSIDA, OMS (2006). *Le point sur l'épidémie de sida : décembre 2006*. Genève, ONUSIDA.
- Pando MA et al. (2006). Epidemiology of human immunodeficiency virus, viral hepatitis (B and C), *Treponema pallidum*, and human T-cell lymphotropic I/II virus among men who have sex with men in Buenos Aires, Argentina. *Sexually Transmitted Diseases*, 33(5):307–313.
- Patterson TL et al. (2006). Comparison of sexual and drug use behaviors between female sex workers in Tijuana and Ciudad Juarez, Mexico. *Substance Use & Misuse*, 41(10–12):1535–1549.
- Programme national de lutte contre le sida de l'Argentine (2005). *Epidemiological surveillance report. December*. Buenos Aires.
- Programme national de lutte contre le sida du Paraguay (2006a). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on women after delivery*. Asunción.
- Programme national de lutte contre le sida du Paraguay (2006b). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on clients of female sex workers and injecting drug users*. Asunción.
- Programme national de lutte contre le sida du Paraguay (2006c). *HIV/STI sentinel prevalence and behavioral study on male and female sex workers*. Asunción.
- Programme national de lutte contre le sida du Paraguay (2007). *Epidemiological surveillance report. February*. Asunción.
- Programme national de lutte contre le sida de l'Uruguay (2007). *Epidemiological surveillance report February*. Montevideo.
- Rossi D et al. (2006). The HIV/AIDS epidemic and changes in injecting drug use in Buenos Aires, Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(4):741–750.
- Sanchez J et al. (2007). HIV-1, sexually transmitted infections, and sexual behavior trends among men who have sex with men in Lima, Peru. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 44(5):578–585.
- Secretaria de salud de Honduras et al. (2007a). *Estudio Centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Trabajadoras Sexuales, Agosto*. Tegucigalpa.
- Secretaria de salud de Honduras et al. (2007b). *Estudio centroamericano de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia de VIH/ITS en poblaciones vulnerables: Hombres que tienen sexo con hombres (HSH), Julio*. Tegucigalpa.
- Silva ACM, Barone AA (2006). Risk factors for HIV infection among patients infected with hepatitis C virus. *Revista de Saúde Pública*, 40(3):482–488.

Soto RJ et al. (2007). Sentinel surveillance of sexually transmitted infection/HIV and risk behaviours in vulnerable populations in five Central American countries. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. Prépublication.

Strathdee SA et al. (2007). Correlates of injection drug use among female sex workers in two Mexico-U.S. border cities. *Drug and Alcohol Dependence*, 20 Aug 2007 [Epub ahead of print].

Strazza L et al. (2007). Behaviour associated with HIV and HCV infection in female prison inmates in São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1):197–205.

Tabet S et al. (2002). HIV, syphilis and heterosexual bridging among Peruvian men who have sex with men. *AIDS*, 16(9):1271–1277.

White EF et al. (2007). Prevalence of hepatitis C virus and HIV infection among injection drug users in two Mexican cities bordering the US. *Salud Publica Mexico*, 49(3):165–172.

Zavaleta C et al. (2007). High prevalence of HIV and syphilis in a remote native community of the Peruvian Amazon. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*.

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 en Amérique latine.



ONUSIDA
20 AVENUE APPIA
CH-1211 GENEVE 27
SUISSE

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

www.unaids.org