

L'épidémie de VIH/SIDA : Une menace pour l'Amérique latine et les Caraïbes ?

Christophe Peyron*

La présente chronique vise à brosser un tableau de l'épidémie de VIH/SIDA en Amérique latine et dans les Caraïbes. L'épidémie de VIH/SIDA constitue-t-elle une menace pour la région? Quels sont les foyers les plus préoccupants? Quelles sont les solutions avancées pour contrer l'épidémie? Autant de questions que ce texte abordera dans une perspective comparatiste. Où se situent l'Amérique latine et les Caraïbes par rapport aux grands ensembles régionaux les plus durement frappés par l'épidémie, tout particulièrement, l'Afrique et certaines régions d'Asie? Notre analyse s'appuie sur le *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2004*, les discussions tenues lors de la 15^{ème} Conférence internationale sur le VIH/SIDA et diverses autres sources gouvernementales et non gouvernementales.

Contexte mondial

Selon les dernières estimations du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)¹, entre 35 et 42 millions de personnes vivent aujourd'hui avec la maladie et près de 45 millions de nouvelles infections sont attendues à l'horizon de 2010. Ces quelques données statistiques laissent entrevoir une froide réalité. L'épidémie est d'une ampleur sans précédent et elle ne s'essouffle pas. Plus que jamais, il est important pour la communauté internationale de poursuivre ses efforts et de les intensifier. Ce fut là tout l'enjeu de la 15^{ème} Conférence internationale sur le

VIH/SIDA tenue à Bangkok en juillet dernier.

Après les conférences de Durban en 2000 et de Barcelone en 2002, le rendez-vous de Bangkok était important à plus d'un titre. Il s'agissait d'évaluer l'initiative de l'ONUSIDA et de l'OMS « Traiter 3 millions de personnes d'ici 2005 »², de renforcer financièrement cette initiative et de discuter des meilleures pratiques à mettre en œuvre. Applaudis par certains, conspués par d'autres, les résultats obtenus à Bangkok mettent en lumière une volonté politique forte, et malheureusement, dans le même temps, un manque important de financements³. Il y a donc tout lieu de s'inquiéter à l'heure où l'épidémie semble échapper à tout contrôle dans des espaces de plus en plus nombreux.

En effet, s'il est vrai que l'épidémie de VIH/SIDA est « davantage mondialisée qu'aucune autre épidémie de notre histoire »⁴, il est également vrai que son ampleur et sa nature sont très différentes d'une région à l'autre. Les estimations établissent que 66,1% des personnes atteintes par le VIH vivaient fin 2003 en Afrique, 19,6% en Asie et 5,4% en Amérique latine et Caraïbes (Figure 1).

Tout aussi différenciée est la composition de la population touchée dans chaque région. Ainsi, si dans le monde 5,5% des personnes atteintes sont des enfants, pour l'Afrique subsaharienne, la part

* Christophe Peyron est diplômé de l'Institut de géographie d'Aix-en-Provence et de l'Université du Québec à Montréal. Il s'intéresse à l'impact des risques naturels et sanitaires sur les perspectives et les stratégies de développement des pays caribéens et africains.

¹ Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA rassemble plusieurs organisations internationales : UNICEF, PAM, PNUD, UNFPA, ONUDC, OIT, UNESCO, OMS, Banque mondiale.

² Pour en savoir plus sur cette initiative :

<http://www.who.int/3by5/publications/documents/isbn9241591129/en/>

³ Les moyens financiers mis en œuvre en 2003 se sont élevés à 4,7 milliards de dollars. C'est encore très loin des 20 milliards de dollars par an que l'ONUSIDA estime nécessaires jusqu'en 2007 ; et encore plus éloigné de certaines autres estimations.

⁴ Extrait de l'avant-propos de Peter Piot, Directeur exécutif de l'ONUSIDA - *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2004*

des enfants dans la population touchée s'élève à 7,6% ; une valeur bien éloignée des 2,3% relevés en Asie et en Amérique latine et Caraïbes et encore plus éloignée des 1,1% relevés en Amérique du Nord.

Les regards sont aujourd'hui tous tournés vers l'Afrique, quelques régions fortement peuplées d'Asie et l'Europe orientale. La coopération internationale se fait l'écho de cette préoccupation et concentre son attention et ses efforts sur ces quelques régions. Il n'est pas ici question de discuter le bien fondé d'une aide indispensable pour l'Afrique subsaharienne, il est davantage question de rappeler que plusieurs autres régions sont toujours aux prises avec l'épidémie, l'Amérique latine et les Caraïbes, par exemple, et qu'il serait très imprudent de laisser le champ libre à l'épidémie là où elle était jusqu'à présent relativement maîtrisée.

L'impact de l'épidémie de VIH/SIDA est multidimensionnel. Pour les sociétés les plus fortement atteintes, il ne s'agit plus seulement d'un problème sanitaire. Les perspectives de développement de régions entières sont hypothéquées sous l'effet dévastateur de l'épidémie. Les Nations Unies répertorient plusieurs impacts :

- ✓ Impact sur la population et sa structure ;
- ✓ Impact sur les femmes ;
- ✓ Impact sur la pauvreté et la faim ;
- ✓ Impact sur l'agriculture et le développement rural ;
- ✓ Impact sur l'offre, la demande et la qualité de l'éducation ;
- ✓ Impact sur le secteur de la santé ;
- ✓ Impact sur les travailleurs et le lieu de travail ;
- ✓ Impact macro-économique.

Tous les pays ne sont pas confrontés à ces différents problèmes avec une intensité égale, et, fort heureusement, encore une majorité d'entre eux n'est que partiellement touchée. Seule l'Afrique subsaharienne et quelques foyers bien localisés de haute prévalence à l'épidémie présentent un faisceau d'impact étendu et d'intensité élevée. L'Amérique latine et les Caraïbes sont bien loin d'une situation aussi préoccupante. La région est davantage confrontée à des foyers de haute prévalence localisés dans certaines îles des Caraïbes et dans certaines zones urbaines. Il serait pourtant imprudent d'en conclure qu'une recrudescence de l'épidémie n'est pas envisageable.

Quelles tendances pour l'Amérique latine et les Caraïbes ?

La tendance générale n'est pas à un repli de l'épidémie ; les Nations Unies parlent même d'une « augmentation implacable » du VIH/SIDA dans la région. Près de 250 000 nouvelles infections se sont ajoutées en 2003 pour porter, selon les estimations, le nombre des personnes vivant avec le VIH à 2,1 millions (la fourchette estimée : 1,6 à 2,6 millions). À la fin de 2003, l'Amérique latine et les Caraïbes comptaient respectivement 1,6 million (+200 000 en 2003) et 430 000 (+52 000 en 2003) de personnes frappées par la maladie. Par ailleurs, de nombreux spécialistes estiment que ces chiffres ne reflètent que très imparfaitement l'ampleur réelle de l'épidémie ; elle progresserait également sous une forme silencieuse. En effet, de plus en plus de personnes atteintes ne seraient pas recensées en raison de la très forte stigmatisation de certains comportements à haut risque (consommation de drogues injectables et rapports sexuels entre hommes).

Le taux de prévalence relevé chez les adultes (15-49 ans) s'élevait en 2003 dans le monde à 1,1%, à 2,3% dans les Caraïbes, et à 0,6% en Amérique latine. Les Caraïbes sont plus sévèrement touchés par le VIH que l'Amérique latine ; une part plus importante de la population adulte des Caraïbes est frappée par l'épidémie. En outre, l'étude des différents taux nationaux de prévalence pour la classe d'âge des 15-49 ans révèle, outre des prévalences supérieures dans les États caribéens par rapport aux États d'Amérique centrale et d'Amérique du Sud, d'importantes disparités au sein de chaque ensemble (Amérique du Sud, Amérique centrale, Caraïbes).

Ces disparités semblent plus importantes dans les Caraïbes que partout ailleurs en Amérique latine. La mesure de l'étendue pour chaque échantillon statistique est très significative ; elle est de 5,5 pour les États caribéens, de 2,2 pour les États d'Amérique centrale et de 2,4 pour les États d'Amérique du Sud. Cuba (taux de prévalence le plus faible des États Caribéens) et Haïti (taux de prévalence le plus élevé des États caribéens) s'individualisent très fortement par rapport aux autres pays des Caraïbes et concourent pour beaucoup à l'étendue importante de l'échantillon statistique (Figure 2).

L'île d'Hispañola est le principal foyer de l'épidémie dans les Caraïbes. Le premier des deux États de l'île, la République dominicaine, connaît aujourd'hui une prévalence nationale relativement faible (1,7%). C'est le résultat positif de la mise en place ces dernières années d'une politique de prévention très volontariste. À l'inverse, à l'ouest

de l'île, la situation d'Haïti est très préoccupante. Le taux national de prévalence y est de 5,6%, soit le plus élevé de la région, et, dans le nord-ouest du pays, un taux de prévalence de 13% a été enregistré par la surveillance sentinelle⁵. (Figure 2)

Deux autres îles connaissent des taux nationaux de prévalence au VIH supérieur ou égal à 3%. Il s'agit des Bahamas (3%) et de Trinité-et-Tobago (3,2%). Ces quelques cas de fortes prévalences exceptés, les autres États des Caraïbes se situent sous les 2% ; Cuba ne dépasse pas 0,1% grâce à une mobilisation très forte et déjà ancienne des pouvoirs publics et de la société.

L'épidémie est bien moins présente en Amérique du Sud. Les taux nationaux de prévalence au VIH chez les adultes sont inférieurs à 1% pour dix des douze pays de la région (Figure 3). Les pays du cône sud et les pays andins connaissent une prévalence comprise entre 0,1% pour la Bolivie et 0,7% pour le Brésil et l'Argentine. La prévalence à l'épidémie ne s'élève au-dessus de 1% que pour les pays qui bordent le bassin des Caraïbes : le Suriname (1,7%) et la Guyana (2,5%). Le Venezuela pour sa part connaît une prévalence de 0,7%. (Figure 3)

Les États d'Amérique centrale et le Mexique présentent un profil d'ensemble assez similaire à celui des États d'Amérique du Sud (Figure 4). Les taux nationaux de prévalence ne dépassent qu'à de rares exceptions 1%. C'est le cas pour le Belize (2,4%), le Honduras (1,8%) et le Guatemala (1,1%). Le Mexique connaît une prévalence assez faible de 0,3%. (Figure 4)

Les faibles taux nationaux de prévalence relevés en Amérique du Sud et centrale peuvent cacher de graves épidémies dans certaines zones urbaines ou chez certaines populations. Certaines villes brésiliennes sont, par exemple, confrontées à des taux de prévalence supérieurs à 60% chez les consommateurs de drogues injectables. L'existence de foyers de haute prévalence pose la question de la possible diffusion du VIH/SIDA à la population générale.

Comment le VIH progresse-t-il ?

Les rapports sexuels entre hommes, la consommation de drogues injectables et les rapports hétérosexuels avec des professionnelles du sexe sont, en Amérique latine et dans les Caraïbes, les trois principaux modes de transmission du VIH (Figure 5). La prévalence du VIH chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes est élevée partout en Amérique latine. Les États

d'Amérique du Sud (une prévalence de 24% en Argentine et 22% au Pérou) semblent plus sensibles à ce mode de transmission, que leurs voisins d'Amérique centrale (une prévalence de 17,7% au Salvador, 11,5% au Guatemala et 9% au Nicaragua)⁶. En Colombie et au Pérou, par exemple, les rapports sexuels entre hommes sont le principal mode de transmission du VIH. Enfin, il n'est pas facile d'évaluer pour les Caraïbes l'importance de ce mode de transmission. Les chiffres disponibles sont en effet rares et parcellaires.

La consommation de drogues injectables est l'autre mode de transmission prédominant en Amérique du Sud. À Buenos Aires, par exemple, la prévalence du VIH chez les consommateurs de drogues injectables était estimée en 2001 à 44,3%. Les Caraïbes ne sont pas épargnées. Même si les situations sont fort différentes d'un État à l'autre, l'utilisation de matériels contaminés peut localement entraîner de véritables catastrophes. C'est le cas à Porto Rico où plus de la moitié des nouvelles infections relevées en 2002 était associée à la consommation de drogues injectables. L'Amérique centrale semble moins affectée par ce mode de transmission.

Les relations sexuelles avec des professionnelles du sexe participent fortement à la progression de l'épidémie en Amérique centrale et dans les Caraïbes, bien davantage qu'en Amérique du Sud. La prévalence du VIH chez les professionnelles du sexe atteignait à la fin de 2002 1,8% au Panama, 3,3% au Guatemala, 4% au Salvador et 8,1% au Honduras. Certaines régions des Caraïbes ressentent tout autant, si ce n'est plus, les effets dévastateurs d'une propagation du VIH par la voie hétérosexuelle. La capitale de la République dominicaine, Saint-Domingue, enregistrait en 1999 une prévalence de 3,5% chez les professionnelles du sexe. L'année suivante, un pic d'infection était relevé dans la province méridionale de Bani (une prévalence de 12,4%). Il est à noter la très forte prévalence relevée en Équateur ; la prévalence observée y était de 14%, très au-dessus des chiffres normalement observés en Amérique du Sud.

À la vue de ces éléments, il semblerait que le VIH/SIDA n'atteint que faiblement la population générale en Amérique latine et dans les Caraïbes et qu'il se cantonne pour l'essentiel à certaines populations particulièrement exposées. Les experts de l'ONUSIDA affirment pourtant que « toutes les conditions sont remplies pour une propagation plus large du virus ». Qu'entendent-ils par là ? Tout simplement que certains comportements à haut

⁵ Les systèmes de surveillance sentinelle réalisent des enquêtes périodiques parmi des groupes spécifiques de population.

⁶ Les taux de prévalence utilisés dans la section « Comment le VIH/SIDA progresse-t-il ? » ont été relevés dans la capitale de chacun des États.

risque sont présents dans les sociétés latino-américaines et caribéennes. Ainsi, une partie importante des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes ont également des rapports, souvent non protégés, avec des femmes ; autres comportements intéressants à relever ici, le dépistage non systématique chez les professionnelles du sexe ou encore la marginalisation des consommateurs de drogues injectables. La conséquence directe de ces comportements pourrait bien être dans les prochaines années une forte progression de l'épidémie dans la population générale, et ce, d'autant que les pouvoirs publics reconnaissent très difficilement, souvent dans des proportions très éloignées de la réalité, l'existence même de ces pans entiers de la population qui sont pourtant frappés de plein fouet par l'épidémie.

Impact sur la croissance

De tous les impacts du VIH/SIDA sur les économies en développement, il en est un qui menace directement les capacités de production, c'est l'impact sur les travailleurs et sur les milieux de travail. Pour de nombreux États, provinces et zones urbaines, l'épidémie est un frein important à la croissance économique. Pour sept pays d'Amérique latine et des Caraïbes⁷, la perte de croissance directement imputable au VIH/SIDA a été estimée à 0,5% en moyenne annuelle sur la période 1992-2002. Haïti est le pays de la région qui a connu la perte de croissance la plus importante entre 1992 et 2002 avec 0,9% en moyenne annuelle ; un chiffre assez peu éloigné de la perte de croissance estimée pour les États d'Afrique subsaharienne sur la même période, soit 1,1% en moyenne annuelle. Cela représente pour Haïti, une perte de 8 US\$ de PNB par habitant et par an, soit un total de 88 US\$ sur la période. Rappelons que le PNB par habitant d'Haïti s'élevait en 2002 à 1427 US\$. Toujours à titre comparatif, l'Afrique subsaharienne a souffert d'une perte de 11 US\$ de PNB par habitant et par an sur la même période.

Le VIH/SIDA influe négativement sur la bonne tenue des entreprises locales, et ce qui est plus préoccupant encore, ébranle les perceptions que les investisseurs étrangers se font de ces territoires. La productivité y est mise à mal, les chaînes de production sont désorganisées et les coûts ne cessent de croître pour les entreprises. Les possibilités pour ces territoires de s'intégrer aux flux mondiaux de commerce et d'investissement n'en sont que plus faibles, et ce, d'autant qu'une part importante des ressources nationales est

drainée par la lutte au VIH/SIDA et ne participe donc pas à l'effort national d'insertion dans l'économie mondiale. L'épidémie pèse toujours plus sur la croissance à mesure que croît la part de la population active atteinte. Pour exemple, en 2003, près de 549 100 personnes étaient atteintes par le VIH/SIDA dans la classe d'âge des 15/64 ans au Brésil et 222 600 à Haïti, soit respectivement 0,7% d'une population active estimée à 79,3 millions en 2003 et 7,4% d'une population active estimée à 3 millions.

Le lieu de travail se situe donc tout naturellement en première ligne de la riposte au VIH/SIDA. Il n'est pas seulement un espace où se mesure l'étendue et l'impact de l'épidémie, il devient de plus en plus un espace organisé de prévention et de traitement. Les chefs d'entreprises sont bien conscients des dangers de l'épidémie pour leurs sociétés ; selon une étude publiée par le Forum économique mondial sur les perceptions et actions des chefs d'entreprises, *Business and AIDS: Who me ?*⁸ : 37% des chefs d'entreprises d'Amérique du Sud (777 entreprises étudiées) et 52% des chefs d'entreprises d'Amérique centrale et des Caraïbes (691 entreprises étudiées) estiment que le VIH/SIDA a ou aura un certain impact sur leur entreprise. La même étude révèle que 4% des entreprises latino-américaines et caribéennes disposent de politiques écrites officiellement approuvées sur le VIH/SIDA. À titre de comparaison, 12% des entreprises établies en Afrique se sont dotées de politiques de ce type.

À ce jour, près de 145 des plus grandes entreprises mondiales, essentiellement des multinationales, sont regroupées au sein de la *Coalition mondiale des entreprises contre le VIH/SIDA*⁹. Il s'agit essentiellement d'entreprises des secteurs de l'extraction minière, des produits de consommation, des composants électroniques, de l'énergie ou encore des médias et de la communication. L'action de ces entreprises et de bien d'autres de plus petites tailles se pose à trois niveaux : (i) Elles mettent en place des programmes de prévention et de traitement sur le lieu de travail; (ii) elles assument le leadership et le plaidoyer en faveur de la lutte à l'épidémie et, (iii) elles participent à des partenariats avec la communauté et les pouvoirs publics. En Amérique latine et dans les Caraïbes, parmi les entreprises les plus engagées dans la lutte nous retrouvons Nestlé Brazil, Volkswagen Brazil ou encore Quality Tourism for the Caribbean. Nestlé Brazil est à l'origine de la création, en collaboration avec le Ministère de la santé du Brésil, du *National Enterprise Advice for*

⁸ L'étude est disponible à l'adresse suivante :

www.weforum.org/pdf/Initiatives/GHI_BusinessAIDSWhoMe_All.pdf

⁹ Le site de la coalition : www.businessfightsaids.org/

⁷ Bahamas, Belize, République dominicaine, Guyana, Haïti, Honduras et Trinidad et Tobago.

prevention to HIV/AIDS en 1998. Cette initiative vise essentiellement à partager les expériences entre les entreprises participantes, à renforcer la lutte et l'efficacité des actions menées, à produire des études et, surtout, à sensibiliser les acteurs. Par ailleurs, l'action spécifique de Nestlé Brazil est très complète. Elle se décompose en trois étapes : la prévention dans une perspective plus large d'éducation des employés, le traitement associé à un suivi médical de tous les employés, et l'évaluation des programmes mis en place et de la progression de l'épidémie.

Les ripostes au VIH/SIDA

En Amérique latine et dans les Caraïbes, outre le secteur privé et les syndicats de travailleurs, de nombreux autres acteurs participent à tous les niveaux à la lutte au VIH/SIDA. Les collectivités locales, les associations communautaires ou encore les groupes confessionnels accomplissent un travail de terrain essentiel et souvent trop peu connu. L'initiative « Traiter 3 millions de personnes d'ici 2005 » et les « Trois principes »¹⁰ définis en avril 2004 à Washington constituent le cadre actuel de la riposte mondiale. Ce cadre vise un renforcement des capacités institutionnelles des pays en développement et une amélioration de la coordination des actions menées par tous les acteurs. Le chemin à parcourir pour les États latino-américains et caribéens, très différent d'un État à l'autre, dépend pour chacun de l'ampleur et de la nature de l'épidémie, des instruments législatifs et politiques déjà mis en place et des leaderships locaux.

C'est dans cette perspective que le programme régional de la *Pan American Health Organization*¹¹ tient compte des contextes politiques et culturels propres à chaque pays. Il accompagne les États latino-américains et caribéens dans leurs ripostes au VIH/SIDA. Les cinq champs d'intervention du programme sont : (i) le renforcement des ripostes nationales; (ii) l'amélioration des systèmes de surveillance et de recherche; (iii) le soutien aux personnes vivant avec la maladie; (iv) le contrôle des maladies sexuellement transmissibles, et (v) l'information et la prévention au VIH/SIDA. L'ONUSIDA jouent également, par l'intermédiaire de ses bureaux nationaux, un rôle important de coordination et de soutien au renforcement des capacités. En Haïti, par exemple, l'action des Nations Unies consiste plus spécifiquement à

fournir un appui technique aux programmes transnationaux de coopération destinés à Haïti et à la gestion des problèmes frontaliers entre Haïti et la République dominicaine.

Évaluer l'efficacité des politiques n'est pas chose aisée. Souvent la mise en place d'instruments législatifs et politiques n'est pas suivie d'effets tangibles. La mesure de l'accès aux soins et aux thérapies anti-rétrovirales est à cet égard très intéressante et révèle beaucoup sur la mobilisation des pouvoirs publics et des sociétés. Dans l'ensemble des pays en développement, la couverture par la thérapie anti-rétrovirale pour les adultes ayant besoin d'un traitement s'élevait à 8% en juin 2004 (Figure 6). À l'exception de l'Amérique latine et des Caraïbes, où la couverture par la thérapie anti-rétrovirale atteint 54%, les autres régions en développement connaissent des taux de couverture bien inférieurs, compris entre 4% pour l'Afrique et 9% pour l'Europe orientale et l'Asie centrale. Ce maximum relevé pour l'Amérique latine et les Caraïbes témoigne de l'efficacité des programmes nationaux et de capacités institutionnelles supérieures. (Figure 6)

Une analyse plus fine dévoile de très fortes disparités entre les pays latino-américains et caribéens dans la couverture par la thérapie anti-rétrovirale pour les adultes ayant besoin d'un traitement. Le taux de couverture s'établit pour certains pays à moins de 10%, comme c'est le cas pour Haïti et la République dominicaine, et atteint plus de 75% pour les grands pays de la région (Figure 7). Effectivement, plusieurs pays d'Amérique du Sud, le Brésil, l'Argentine, le Chili, et plus au nord le Mexique et Cuba, offrent une couverture universelle. La principale explication à ces importantes disparités est le coût important des médicaments anti-rétroviraux. Les contextes culturels peuvent également jouer un rôle important et freiner dans certains pays l'ouverture d'un réel débat public sur le VIH/SIDA. (Figure 7)

La coopération régionale peut fortement aider à partager les expériences entre les pays et accroître les capacités institutionnelles des pays les plus en difficulté. Le Brésil fait figure de leader régional dans ce domaine. Il collabore actuellement avec la Bolivie, la Colombie, El Salvador, le Paraguay et la République dominicaine pour leur permettre de recevoir des médicaments anti-rétroviraux. En outre, le Brésil s'est récemment allié à la Chine, au Nigeria, à la Russie et à l'Ukraine pour produire des médicaments génériques. Le Brésil est au cœur de ce « réseau de technologie » qui vise entre autres choses à assurer l'accès libre et universel aux médicaments anti-rétroviraux.

¹⁰ Les « Trois principes » sont : un cadre d'action qui fournit une base pour la coordination du travail de l'ensemble des partenaires (1) ; une instance nationale de coordination à représentation large et multisectorielle (2) ; un système de suivi et d'évaluation à l'échelon du pays (3).

¹¹ La *Pan American Health Organization (PAHO)* est le bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Le Brésil est sans conteste très en avance sur ses voisins d'Amérique latine et des Caraïbes. Il montre la voie à suivre. Il fut le premier à inscrire l'universalité de l'accès aux soins dans la législation nationale, y compris les thérapies anti-rétrovirales. Les moyens financiers mis en œuvre à tous les niveaux de gouvernement sont très importants et l'appui des bailleurs de fonds internationaux est régulièrement renouvelé. En juin 2003, le Brésil recevait, par exemple, un prêt de 100 millions de dollars de la Banque mondiale pour financer la mise en œuvre du projet SIDA III¹². À ces éléments s'ajoutent également une politique nationale forte de production de médicaments génériques et, dans un autre ordre d'idées, l'implication de la société civile à la définition et, bien sûr, à la mise en œuvre des politiques. Ces quelques éléments, et d'autres qu'il serait trop long de présenter ici, témoignent de la forte mobilisation de la société brésilienne à tous les niveaux.

À l'autre extrême, Haïti peine à fournir une réponse à la hauteur de l'épidémie et le pays doit compter sur la communauté internationale pour lui apporter un soutien précieux. Ces dernières années plusieurs instruments ont été progressivement mis en place. Un *Plan stratégique national* a été approuvé en mars 2002 puis, à sa suite, ont été mis en place un *Mécanisme de coordination nationale* et des *Unités locales de gestion*. Ces instruments laissent espérer une meilleure gestion de la riposte, d'autant plus qu'ils ont été appuyés financièrement par le *Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme* à hauteur de plus de 66 millions de dollars¹³. Les autres pays de la région sont en voie de mobilisation même si des obstacles politiques et culturels subsistent chez certains d'entre eux. La discrimination envers certains groupes de la société est l'un de ces obstacles. Plus que jamais la lutte passe par un large débat public et, finalement, par l'émergence de nouvelles solidarités au sein des sociétés.

* * *

L'épidémie de VIH/SIDA constitue-t-elle une menace pour l'Amérique latine et les Caraïbes ? La réponse est sans conteste « oui ». L'épidémie est particulièrement bien établie dans la région et se voit opposer, c'est l'élément positif, une résistance assez complète. Aujourd'hui, au-delà de toute la diversité qui caractérise chacun des contextes nationaux, l'Amérique latine et les Caraïbes se situent à la croisée des chemins : le VIH/SIDA peut être maîtrisé, avec à terme l'espoir de le vaincre, ou

bien il peut poursuivre sa progression. Les leaderships locaux, l'exemple brésilien ou encore l'initiative mondiale « Traiter 3 millions de personnes d'ici 2005 » concourent actuellement à créer une dynamique positive. Les États latino-américains, et surtout caribéens, peuvent profiter de ce nouvel élan pour se doter de capacités institutionnelles suffisantes et ouvrir, à chaque fois que cela s'avère nécessaire, un débat public sur les comportements à haut risque. Il sera important de suivre dans les prochains mois l'évolution des politiques mises en œuvre. Il est à espérer qu'elles cibleront mieux la riposte en jouant la carte de la prévention auprès des populations les plus exposées.

¹² Le détail de ce projet est disponible sur le site de la banque mondiale

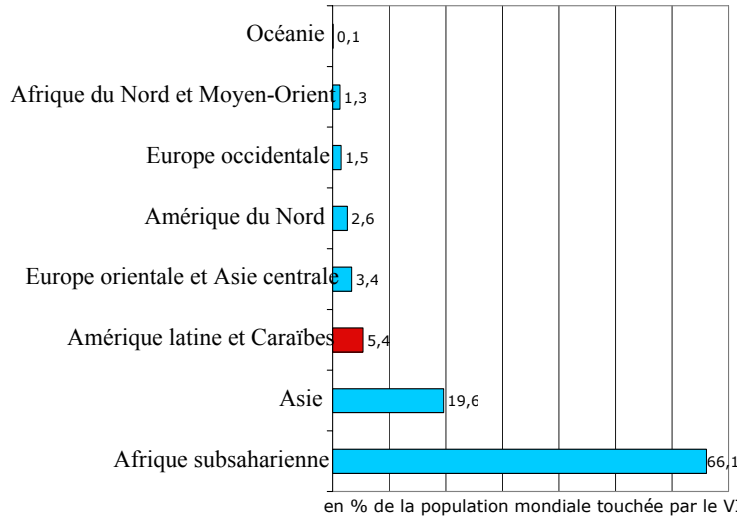
<http://www.worldbank.org/>

¹³ La fiche pays d'Haïti est disponible à l'adresse suivante :

<http://www.theglobalfund.org/search/portfolio.aspx?lang=en&countryID=HTI>

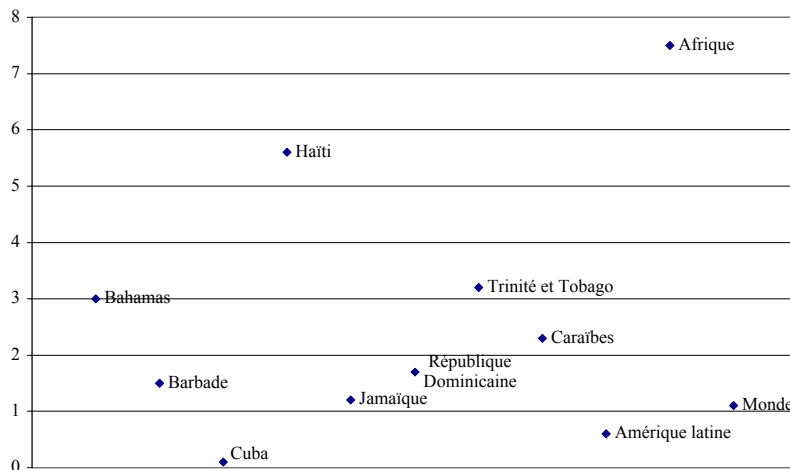
ANNEXE

Figure 1 : Où vivent les personnes atteintes par le VIH/SIDA ? - fin 2003



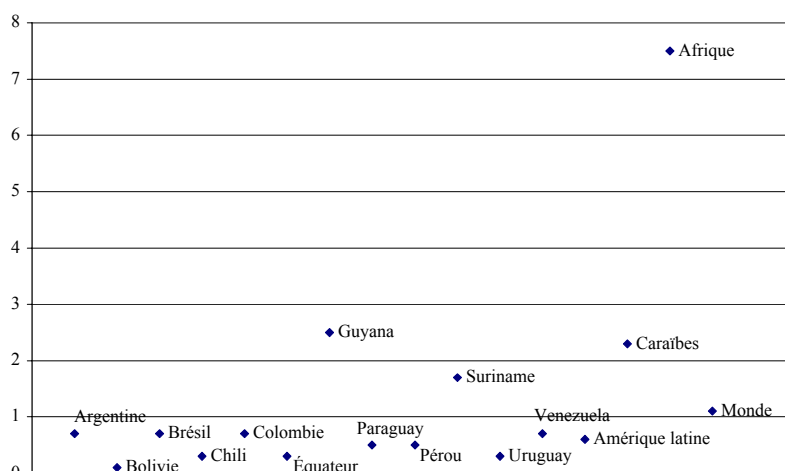
Source des données :
Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2004

Figure 2 : Les taux nationaux de prévalence au VIH dans les Caraïbes chez les adultes (15-49 ans) - fin 2003



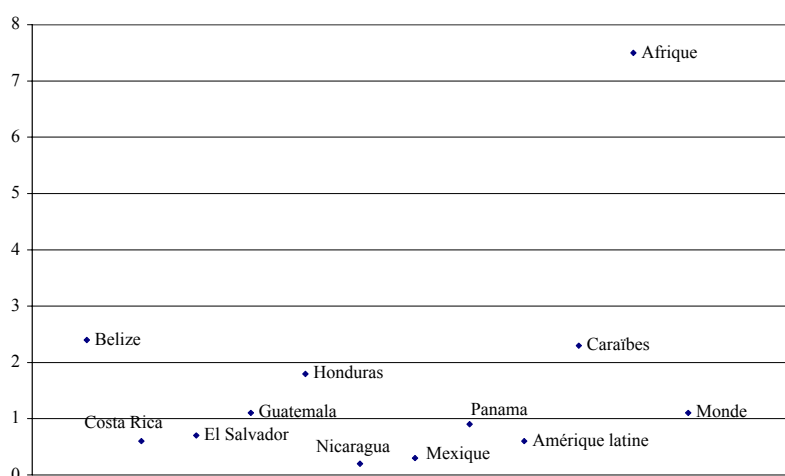
Source des données :
Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2004

Figure 3 : Les taux nationaux de prévalence au VIH en Amérique du Sud chez les adultes (15-49 ans) - fin 2003



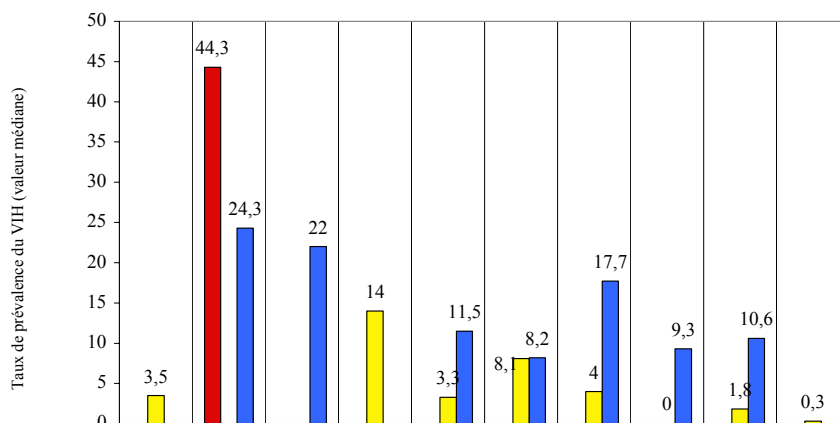
Source des données :
Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2004

Figure 4 : Les taux nationaux de prévalence au VIH en Amérique centrale chez les adultes (15-49 ans) - fin 2003



Source des données :
Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2004

Figure 5 : **Prévalence du VIH (en %) dans les populations à haut risque, dans la capitale, en 2002**



Source des données :
Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA 2004

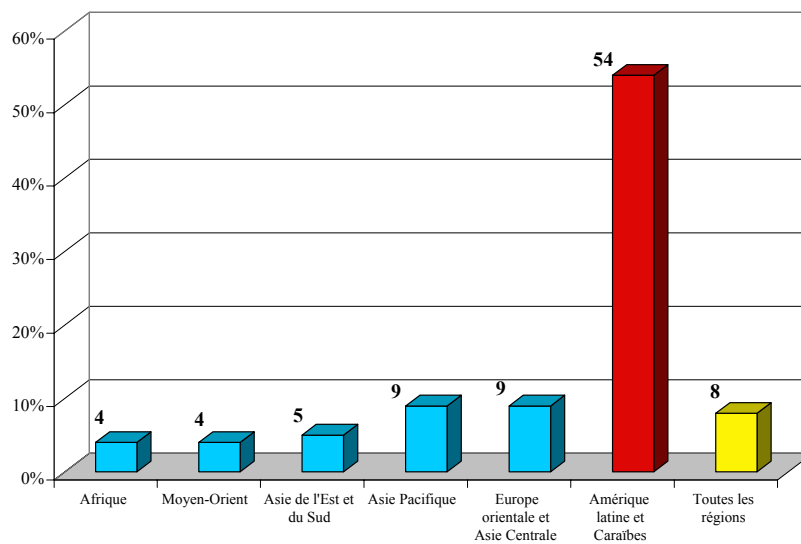
Éléments de légende :

Population 1 : Consommateurs de drogues injectables

Population 2 : Professionnelles du sexe

Population 3 : Hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

Figure 6 : **Couverture par la thérapie anti-rétrovirale pour les adultes ayant besoin d'un traitement dans les pays en développement - Juin 2004**



Source des données :
Organisation Mondiale de la Santé, Initiative 3x5

Figure 7 : Couverture par la thérapie anti-rétrovirale pour les adultes ayant besoin d'un traitement dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes - Mars 2004

75-100%	Argentine, Brésil, Chili, Cuba, Mexique
50-74,9	Colombie, Paraguay, Uruguay, Venezuela
25-49,9	Trinidad et Tobago
10-24,9	Costa Rica, El Salvador, Équateur, Guatemala, Guyana, Honduras, Jamaïque, Panama, Pérou, Suriname
Moins de 10%	Belize, Bolivie, Haïti, Nicaragua, République dominicaine

Source des données :
Organisation Mondiale de la Santé, Initiative 3x5