

# AMÉRIQUE DU NORD, EUROPE OCCIDENTALE ET EUROPE CENTRALE

## Statistiques et caractéristiques du VIH et du SIDA, à fin 2002 et 2004

	Adultes et enfants vivant avec le VIH	Nombre de femmes vivant avec le VIH	Adultes et enfants nouvellement infectés par le VIH	Prévalence chez l'adulte (%)	Décès dus au SIDA chez les adultes et les enfants
2004	1,6 million [1,1–2,2 millions]	420 000 [290 000–570 000]	64 000 [34 000–140 000]	0,4 [0,3–0,6]	23 000 [15 000–32 000]
2002	1,6 million [1,1–2,2 millions]	390 000 [270 000–550 000]	62 000 [33 000–140 000]	0,4 [0,3–0,6]	22 000 [15 000–31 000]

*Le SIDA affecte de nouveaux segments de la population et une proportion croissante des nouvelles infections est due aux rapports hétérosexuels non protégés.*

En 2004, on a compté environ 64 000 [34 000–140 000] nouvelles infections en Amérique du Nord, en Europe occidentale et en Europe centrale, ce qui porte le nombre de personnes vivant avec le VIH dans ces régions à un total compris entre 1,1 million et 2,2 millions. Parmi les jeunes de 15 à 24 ans, 0,1% des femmes [0,1–0,2%] et 0,2% des hommes [0,1–0,5%] vivaient avec le VIH à la fin 2004. La large accessibilité des médicaments antirétroviraux qui permettent d'allonger la durée de vie a maintenu le nombre des décès dus au SIDA entre 15 000 et 32 000 pour cette année. Il y a néanmoins de sérieuses indications que les activités de prévention ne se maintiennent pas au niveau des épidémies en constant changement dans un certain nombre de pays.

Les rapports sexuels entre hommes et, dans une moindre mesure, le recours à l'injection de drogues restent des facteurs notoires des épidémies pour ces pays, mais les schémas de transmission du VIH sont en train de changer. De nouveaux segments de la population sont atteints et une proportion croissante des nouvelles infections est due aux rapports hétérosexuels non protégés.

Aux **Etats-Unis d'Amérique**, l'épidémie a changé de façon évidente au cours de la décennie écoulée. On estime à 40 000 le nombre de personnes infectées chaque année par le VIH dans ce pays au cours de la décennie, mais l'épidémie affecte maintenant de façon disproportionnée les Africains-Américains et touche de plus en plus de femmes.

En 2003, les Africains-Américains représentaient au moins 25% de l'ensemble des cas de SIDA, contre 20% en 2001. Cette proportion pourrait même être plus élevée encore, l'estimation étant fondée sur des données en provenance de 29 Etats seulement. Les Africains-Américains ne représentent que 12% de la population générale, mais plus de la moitié des nouveaux diagnostics de VIH ces dernières années ont été posés dans ce groupe (54% en 2002 d'après les données disponibles les plus récentes). Les femmes africaines-américaines sont particulièrement atteintes, puisqu'elles représentent 72% des nouveaux diagnostics de VIH portés chez les femmes des Etats-Unis. Au tournant de ce siècle déjà, le SIDA comptait parmi les trois causes principales de décès pour les Africains-Américains âgés de 25 à 54 ans et pour les

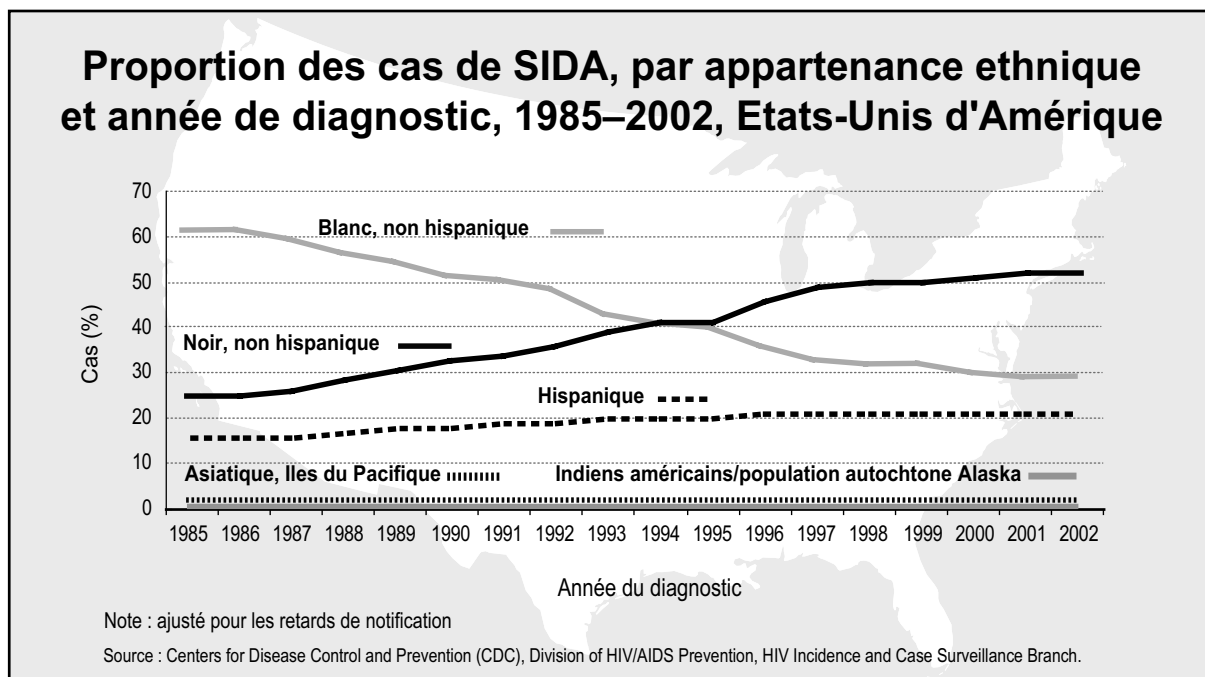


Figure 25

Africaines-Américaines âgées de 35 à 44 ans (Centers for Disease Control and Prevention, 2003a).

Il devrait aller de soi que ni la race ni l'appartenance ethnique ne constituent en elles-mêmes un facteur de risque pour le VIH. On sait néanmoins que la pauvreté et d'autres formes de carence socio-économique accroissent la vulnérabilité vis-à-vis de l'infection à VIH. On estime qu'un Africain-Américain sur

ments à risque, surtout chez les plus jeunes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Il n'en reste pas moins vrai que, pour les femmes, les rapports hétérosexuels se rencontrent dans la majeure partie des diagnostics d'infection à VIH, et il y a de fortes raisons de penser que le facteur de risque le plus important pour de nombreuses femmes infectées tient au comportement à risque de leurs partenaires mascu-

*Aux Etats-Unis d'Amérique, l'épidémie affecte maintenant de façon disproportionnée les Africains-Américains et touche de plus en plus de femmes.*

quatre vit dans la pauvreté et des études entreprises aux Etats-Unis ont établi une relation étroite entre une incidence accrue du SIDA et la faiblesse des revenus (Centers for Disease Control and Prevention, 2003b ; Census Bureau, 2000 ; Diaz et al., 1994). Il se peut aussi que les taux élevés d'incarcération, surtout chez les hommes africains-américains, soient un facteur d'amplification pour l'épidémie à cause de l'injection de drogues et des rapports sexuels non protégés en milieu carcéral.

Pour les hommes en général et les hommes africains-américains en particulier, l'immense majorité des infections à VIH surviennent au cours de l'injection de drogues et des rapports sexuels entre hommes. On rencontre encore des niveaux élevés de comporte-

ments – comportement souvent tenu caché par ailleurs. Des études récemment entreprises dans une zone pauvre de New York ont par exemple montré que les femmes couraient un risque deux fois plus élevé d'être infectées par un mari ou par un ami régulier que par des partenaires sexuels occasionnels. Avec le recours à l'injection de drogues, les rapports sexuels non protégés avec des hommes auxquels se livrent leurs partenaires masculins semblent être un risque significatif pour certaines femmes (McMahon et al., 2004). Une étude dans sept villes parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes a montré que 9% d'entre eux avaient aussi des rapports avec des femmes, et une étude similaire chez les jeunes Africains-Américains qui ont des rapports sexuels avec des hommes a conduit à la même observation

pour 20% d'entre eux (Valleroy et al., 2004 ; Centers for Disease Control and Prevention, 2004b).

Les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes constituent la majorité des personnes vivant avec le VIH aux **Etats-Unis d'Amérique**. L'augmentation des cas de syphilis et d'autres infections sexuellement transmissibles observée récemment au sein de ce groupe a fait craindre un accrois-

sement des comportements à risque et la survenue d'une nouvelle vague d'infections à VIH. Des études à Los Angeles et San Francisco ont mis en évidence un accroissement dramatique du nombre de cas de syphilis (de 4 à 260 dans le comté de Los Angeles de 1998 à 2000, et de 67 à 299 à San Francisco pour la même période). Des études plus récentes semblent néanmoins indiquer que ces augmentations n'ont pas affecté de façon marquée l'incidence du VIH, qui est restée stable de 1999 à 2002 parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes (Centers for Disease Control and Prevention, 2004a). En outre, selon une nouvelle enquête portant sur 16 Etats, la majorité des hommes séropositifs qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont pris des mesures de précaution (notamment le recours au préservatif, l'abstinence ou la fidélité à un partenaire) afin d'empêcher l'infection à VIH de se transmettre. L'enquête recommande néanmoins que des efforts de prévention plus intensifs soient mis en place pour atteindre le petit nombre de séropositifs qui continuent à avoir des pratiques sexuelles à risque avec des hommes (Centers for Disease Control and Prevention, 2004c).

### *Le SIDA compte parmi les trois causes principales de décès pour les hommes africains-américains âgés de 25 à 54 ans et pour les femmes africaines-américaines de 35 à 44 ans aux Etats-Unis d'Amérique.*

Plus au nord, au **Canada**, les estimations les plus récentes signalent environ 56 000 personnes vivant avec le VIH fin 2002 (Geduld et al., 2004) – un bon tiers d'entre elles n'étant pas conscientes de leur statut sérologique. Les populations autochtones semblent courir un risque deux fois plus élevé que les autres d'être infectées par le VIH. En 2002, la plupart des nouvelles infections à VIH au Canada étaient attribuables aux pratiques sexuelles à risque entre hommes (40%) et à l'injection de drogues (30%, en léger déclin ces dernières années). Les infections liées aux rapports hétérosexuels à risque sont en légère augmentation, dont un faible pourcentage (moins de 10%) parmi les populations réfugiées ou immigrantes en provenance de pays à forte prévalence d'Afrique subsaharienne et des Caraïbes (Santé Canada, 2003).

Pour les 12 pays d'**Europe occidentale** qui disposent de données sur les diagnostics récents d'infection à VIH, on note une augmentation de 122% pour ces diagnostics chez les personnes qui ont été infectées par contact hétérosexuel entre 1997 et 2002. Contrairement à ce que l'on observe au Canada,

une partie importante de ces infections frappe des personnes originaires de pays où sévissent des épidémies graves, en majorité d'Afrique subsaharienne (Hamers et Downs, 2004) et, pour le **Royaume-Uni**, des pays anglophones des Caraïbes. Il semble aussi que la résurgence des comportements sexuels à risque entre hommes observée au cours des années écoulées

### *Il y a de fortes raisons de penser que le facteur de risque le plus important pour de nombreuses femmes infectées tient au comportement à risque de leurs partenaires masculins – comportement souvent tenu caché.*

Depuis l'introduction des traitements antirétroviraux en 1995–1996, le nombre des décès liés au SIDA a chuté rapidement aux **Etats-Unis d'Amérique** jusqu'à la fin des années 1990 et a ensuite continué à diminuer plus lentement – de 19 005 décès signalés comme dus au SIDA en 1998 à 16 371 en 2002 (ONUSIDA, 2004). Le taux de mortalité due au SIDA

entre hommes observée au cours des années écoulées

entraîne dans certains pays un accroissement de la transmission du VIH parmi ces populations.

En 2001–2002, les diagnostics d'infection à VIH parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes ont augmenté de 22% en **Europe occidentale**, contrairement à la diminution progressive observée au cours des années précédentes (Hamers et Downs, 2004). Il ne faut néanmoins pas confondre les données relatives aux nouveaux cas diagnostiqués avec l'incidence du VIH : ces données peuvent tout simplement traduire un recours plus important aux services de test et donc inclure des personnes qui ont été infectées plusieurs années auparavant. L'accroissement récent du nombre de nouveaux diagnostics d'infection à VIH au **Royaume-Uni** semble être en partie dû à l'augmentation du nombre de tests – en 2002, l'infection remontait à six ans ou plus pour la moitié des nouveaux diagnostics d'infection à VIH observés chez des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Il n'en reste pas moins que l'infection

Dans la plupart des pays d'Europe occidentale, l'injection de drogues – même si elle reste un facteur important pour les épidémies de plusieurs pays, dont l'**Espagne**, l'**Italie** et le **Portugal**, ainsi que pour certaines villes d'autres pays, provoque une part de moins en moins importante des infections à VIH nouvellement enregistrées. La plupart du temps, ce déclin correspond à une diminution des pratiques à risque liées à l'injection, diminution vraisemblablement liée à des efforts de prévention efficaces parmi les consommateurs de drogues injectables dans de nombreux pays d'Europe occidentale. Le cas de l'**Espagne** montre de façon frappante comment un ensemble de mesures visant à réduire les risques (y compris des programmes de substitution à la méthadone et des projets d'échange d'aiguilles et de seringues) peut faire reculer l'épidémie parmi ces consommateurs. Alors que le nombre de nouvelles infections dans ce groupe était de 16 000 en 1985–1986, il a chuté vertigineusement à moins de 2000 depuis (de la Fuente et al., 2003).

*En Europe occidentale, des milliers d'infections nouvelles surviennent chaque année et nombreuses sont les personnes infectées par le VIH qui ne sont pas conscientes de leur statut sérologique. Une grande partie des nouveaux diagnostics de VIH concernent des personnes en provenance de pays où sévissent de graves épidémies.*

à VIH reste à l'heure actuelle le problème de santé qui augmente le plus rapidement en Angleterre (Department of Health, Royaume-Uni, 2003). En **Allemagne**, où un meilleur accès au traitement avait déjà eu pour effet cette augmentation du nombre de tests depuis la fin des années 1990, l'accroissement récent du nombre de diagnostics d'infection à VIH (de 642 en 2000 à 742 en 2002) correspond vraisemblablement à une augmentation réelle du nombre d'infections nouvelles. Pour l'Europe occidentale en général, la persistance parmi les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes d'une prévalence élevée du VIH – de 10% à 20% dans plusieurs pays, voire plus dans les grandes villes – souligne la nécessité urgente de ranimer et d'améliorer les campagnes qui traitent des rapports sexuels à moindre risque pour ces hommes (Hamers et Downs, 2004).

En **Espagne** comme dans plusieurs pays d'Europe, la prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables peut varier fortement d'un endroit à l'autre (Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies, 2003). Une enquête auprès des consommateurs de drogues injectables suivis dans des centres de traitement de la province de Catalogne en Espagne a par exemple constaté que la prévalence du VIH y était encore de 38% en 2001 (Centre d'Estudis Epidemiològics sobre l'HIV/Sida de Catalunya, 2001). En Espagne, le recours à l'injection de drogues semble de fait limité au nord-est du pays et aux îles Baléares (de la Fuente, 2003). Au **Portugal** (où les taux de diagnostic de nouvelles infections à VIH sont les plus élevés d'Europe), l'injection de drogues intervient encore pour près de 50% des diagnostics d'infection à VIH en 2002. On observe toujours une prévalence

du VIH d'au moins 20% chez les consommateurs de drogues en divers endroits d'autres pays, dont la **France**, l'**Italie** et les **Pays-Bas** (Hamers et Downs, 2004). Dans le premier de ces pays, une enquête dans les centres de traitement de Marseille auprès des consommateurs de drogues injectables a montré un taux d'infection à VIH de 22% (Emmanuelli et al.,

2004). En **Espagne**, selon les résultats d'une étude entreprise de 1998 à 2003, 5% des professionnel(le)s du sexe provenant de l'immigration à Madrid (pour la plupart originaires d'Afrique subsaharienne) présentaient une séropositivité (Gutierrez et al., 2004).

Dans toute l'Europe occidentale, les infections à VIH frappent de façon croissante et disproportionnée

*Il semble que la résurgence des comportements sexuels à risque entre hommes observée au cours des années écoulées entraîne dans certains pays un accroissement de la transmission du VIH parmi ces populations.*

2004). Même s'il est encourageant de noter qu'aucun des consommateurs de moins de 30 ans ne présentait de séropositivité, il est clair qu'il faudra poursuivre les efforts en vue de réduire la transmission du VIH parmi ces populations – et entre ces personnes et leurs partenaires sexuels. Au Portugal, la transmission par voie hétérosexuelle intervient pour plus de 40% des nouveaux diagnostics d'infections à VIH en 2002. Les données disponibles montrent des tendances similaires pour certaines régions ou provinces de l'Espagne et de l'Italie (Hamers et Downs, 2004).

La proportion des infections à VIH attribuables à la transmission par des rapports hétérosexuels tend à augmenter en Europe occidentale – ainsi d'ailleurs que le nombre de femmes chez qui l'on diagnostique la présence du virus. Dans les 12 pays d'Europe occidentale pour lesquels on dispose de données, la proportion de femmes parmi les personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic récent d'infection à VIH est passée de 25% (1955 sur 7770) en 1997 à 38% (4269 sur 11 337) en 2002 (Hamers et Downs, 2004). En **France**, deux tiers environ des nouveaux diagnostics d'infection à VIH posés en 2003 l'ont été chez des personnes infectées lors de rapports hétérosexuels ; au **Royaume-Uni**, cette proportion était d'environ 49% et en **Allemagne** de l'ordre de 41%. Dans certains pays, un nombre non négligeable de professionnelles du sexe continuent à être infectées, par exemple aux **Pays-Bas**, où une étude entreprise en 2002-2003 à Rotterdam a trouvé un taux de séropositivité de 7% dans cette population – et jusqu'à 12% chez les femmes qui travaillaient dans la rue (van Veen et al.,

les personnes qui ont immigré en provenance de pays où sévissent de graves épidémies de SIDA, en particulier d'Afrique subsaharienne. En **Allemagne** et au **Royaume-Uni** par exemple, les personnes originaires de pays à haute prévalence représentent un pourcentage considérable des infections diagnostiquées récemment et dues à des rapports hétérosexuels (Hamers et Downs, 2004). Au Royaume-Uni, les trois quarts peut-être des infections d'origine hétérosexuelle seraient survenues en Afrique subsaharienne ; en **Suède**, plus de 80% de ces infections auraient été acquises à l'étranger. La plupart des migrants vivant avec le VIH semblent ne pas être au fait de leur statut sérologique ; de façon générale, les diagnostics d'infection à VIH sont posés à l'occasion d'une maladie ou d'une grossesse. Dans la plupart des pays, les personnes qui ont immigré ne bénéficient pas de services adéquats, appropriés et pertinents du point de vue social en ce qui concerne la prévention, le traitement et la prise en charge. Pour pallier cette situation, il faudra des efforts coordonnés qui visent entre autres de façon vigoureuse la discrimination sociale et juridique dont ces personnes sont l'objet, ainsi que les obstacles administratifs qu'elles rencontrent.

Dans les pays de l'Europe centrale (parmi lesquels la **Hongrie** et la **République tchèque**), les infections nouvelles sont restées à un niveau stable depuis la fin des années 1990 ; la plupart de ces infections ont été signalées en **Pologne**. En **Hongrie**, en **République tchèque**, en **Slovaquie** et en **Slovénie**, les rapports sexuels entre hommes sont de toute évidence le mode de transmission prédominant du VIH.

A la différence de ce que l'on observe ailleurs de par le monde, la grande majorité des personnes qui ont besoin d'un traitement antirétroviral y ont effectivement accès. En conséquence, les décès dus au SIDA sont restés peu nombreux depuis la chute vertigineuse observée entre le milieu et la fin des années 1990. En Europe occidentale, on a signalé 3101 décès liés au SIDA en 2002 (ONUSIDA, 2004). Il faut cependant enregistrer deux tendances inquiétantes. Dans certains pays, une proportion élevée des infections à VIH reste non diagnostiquée – au **Royaume-Uni**, par exemple, on estime qu'un tiers des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur statut sérologique et ne l'apprendront sans doute que lors de la survenue de maladies liées au SIDA (Department

of Health, Royaume-Uni, 2003). Par ailleurs, on a noté en Europe occidentale des signes inquiétants de résistance aux médicaments antirétroviraux parmi des personnes nouvellement infectées (Girardi, 2003).

Des milliers d'infections nouvelles surviennent chaque année dans l'ensemble de ces pays et nombreuses sont les personnes infectées par le VIH qui ne sont pas conscientes de leur statut sérologique. Les principaux défis à affronter sont la fourniture de soins précoces et efficaces à toutes les personnes infectées par le VIH, le rajeunissement des efforts de prévention, leur adaptation à des schémas épidémiques en constante mutation, et enfin l'atténuation des répercussions psychosociales, économiques et physiques de l'infection à VIH.