

MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

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	540 000 [230 000–1,5 million]	250 000 [80 000–770 000]	92 000 [34 000–350 000]	0,3 [0,1–0,7]	28 000 [12 000–72 000]
2002	430 000 [180 000–1,2 million]	200 000 [62 000–620 000]	73 000 [21 000–300 000]	0,2 [0,1–0,6]	20 000 [8300–53 000]

Tout permet de croire que les épidémies de SIDA se propageront encore dans les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord.

Le VIH va renforcer sa présence dans le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord. Les dernières estimations ne permettent pas d'en douter, avec 92 000 [34 000-350 000] nouvelles infections à VIH au cours de l'année 2004. Celles-ci portent à 540 000 [230 000–1,5 million] le nombre total de personnes vivant avec le VIH dans la région. On estime à 28 000 [12 000–72 000] le nombre de décès dus au SIDA en 2004. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, 0,3% des femmes [0,1-0,8%] et 0,1% des hommes [0,1–0,3%] vivent avec le VIH à la fin de l'année 2004. Les modes de transmission du virus sont divers dans la région, notamment le commerce du sexe, les relations sexuelles entre hommes et la consommation de drogues injectables, et tout permet de croire que l'épidémie se propagera encore.

Ravagé par la guerre civile et les crises humanitaires, le **Soudan** reste le pays le plus affecté de la région avec une épidémie qui se concentre largement dans le sud. Les dernières estimations indiquent que plus de 2% de la population adulte vivaient avec le VIH fin 2003 – soit quelque 400 000 personnes [120 000–1,3 million] qui représentent plus de 80% de toutes les personnes vivant avec le VIH dans cette région (ONUSIDA, 2004). Les estimations précédentes avaient montré que

la prévalence du VIH était huit fois plus élevée dans le sud que dans la capitale, Khartoum. Il est possible que l'atténuation progressive des conflits dans certaines parties du pays accélère la propagation du virus au fur et à mesure que se restaurent les modes habituels de voyage et d'échanges.

Les effets du conflit continuent de perturber la collecte d'une information à jour sur l'épidémie au Soudan. Les rares études qui ont recherché des informations liées au VIH ont noté une très faible connaissance de l'épidémie et des comportements de nature à favoriser la transmission du VIH. L'une d'elles, dans les villes de Yei (dans l'extrême sud près de la frontière ougandaise) et de Rumbek (également dans le sud) a conclu à l'urgente nécessité de programmes de prévention du VIH. A Rumbek, par exemple, près d'un tiers des personnes interrogées avaient eu plus d'un partenaire sexuel dans l'année écoulée mais 2% à peine avaient utilisé un préservatif lors de leurs derniers rapports avec un partenaire occasionnel et 20% seulement savaient ce qu'est un préservatif (Kaiser et al., 2004).

Dans la plupart des autres pays, les épidémies n'en sont qu'aux premières phases – ce qui constitue une chance

supplémentaire de pouvoir limiter, par des efforts efficaces de prévention, la propagation du virus. Il faut cependant noter que les données de surveillance étant insuffisantes dans de nombreux pays, il est très possible que d'importantes flambées de VIH dans certaines populations passent inaperçues (y compris parmi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes

teurs de drogues traités dans le centre de réhabilitation Tajourah de Tripoli étaient séropositifs en 2003. Bien que des nombres croissants d'immigrants et de migrants originaires des pays de l'Afrique subsaharienne viennent chercher un traitement contre le SIDA, la majorité des patients sont libyens. On estime que l'essentiel de la consommation de drogues injectables

Dans la plupart des autres pays, les épidémies n'en sont qu'aux premières phases – ce qui constitue une chance supplémentaire de pouvoir limiter, par des efforts de prévention efficaces, la propagation du virus.

ou les consommateurs de drogues injectables). Tel peut être le cas du **Maroc** où on estimait fin 2003 que 15 000 [5000-30 000] personnes vivaient avec le VIH (ONUSIDA, 2004). Selon les statistiques officielles, le VIH se transmet principalement lors de rapports hétérosexuels, les relations sexuelles entre hommes et l'injection de drogues étant apparemment des facteurs de moindre importance. Hommes et femmes semblent être également affectés. La surveillance sentinelle n'a cependant pas contrôlé récemment le VIH chez les consommateurs de drogues injectables ni chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes. Les données officielles indiquent une prévalence du VIH relativement faible (2,3%) chez les professionnel(le)s du sexe et très faible (0,1%) chez les femmes enceintes. En revanche chez les détenus (en majorité des hommes) on a enregistré une prévalence de 0,8%. Bien que les chiffres officiels concernant les nouvelles infections aient fluctué au cours de la dernière décennie, le nombre de nouvelles infections était presque trois fois plus élevé en 2003 qu'en 2001 (99 contre 39). Cela peut indiquer une tendance à l'augmentation des nouvelles infections (Ministère de la Santé du Maroc, 2003/2004).

tables a lieu dans la capitale, Tripoli, l'héroïne étant la drogue préférée. Il est vraisemblable que les restrictions imposées à la fin des années 1990 à la vente en pharmacie d'aiguilles et de seringues ont accru l'emploi de matériel non stérile et par conséquent le risque de transmission du VIH (Tawilah et Ball, 2003). Les tendances perceptibles aujourd'hui renforcent la nécessité de développer la prévention du VIH ainsi que la prise en charge du SIDA chez les consommateurs de drogues injectables. Mais dans l'ensemble, une connaissance plus approfondie des tendances et des structures de l'épidémie est vitale si l'on veut stopper sa montée apparente. Malheureusement le recueil des données de surveillance systématique du VIH et du SIDA est insuffisant (depuis la régionalisation des services de santé à la fin des années 1990).

L'information sur l'épidémie en **Tunisie** est également parcellaire. Toutefois, une étude rétrospective récente a noté qu'environ 84% des patients séropositifs à l'Hôpital Rabta à Tunis étaient des consommateurs de drogues injectables et que 11% avaient été contaminés lors de rapports sexuels non protégés. Mais il est possible que les personnes étudiées soient des ressortissants libyens qui viennent en nombre

Les données de surveillance étant insuffisantes dans plusieurs pays, il est possible que d'importantes flambées de VIH dans certaines populations (notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes et les consommateurs de drogues injectables) passent inaperçues.

En **Jamahiriya arabe libyenne**, l'épidémie s'est développée de façon spectaculaire puisque près de 90% des 5160 infections à VIH enregistrées officiellement fin 2002 s'étaient produites uniquement entre 2000 et 2002. La grande majorité de ces infections – plus de 90% – est attribuée à la consommation de drogues injectables ; près de 50% des consomma-

chercher un traitement antirétroviral en Tunisie où le traitement est universel et gratuit (Kilani et al., 2004). Les comportements à risque sont chose courante chez les consommateurs de drogues injectables dans la capitale **égyptienne** du Caire et selon de nouvelles recherches, il y a de fortes chances que ceux-ci transmettent le virus à leurs partenaires sexuels. Au cours

du mois écoulé, plus de la moitié (55%) des personnes ayant reçu une injection avaient utilisé du matériel non stérile et un quart des personnes jamais incarcérées signalaient avoir utilisé en prison des drogues injectables. Les trois quarts des consommateurs de drogues étaient actifs sexuellement et parmi eux, deux sur trois n'avaient jamais utilisé de préservatif (Elshimi, Warner-Smith et Aon, 2004).

En **Algérie**, à **Bahreïn**, au **Koweït** et en **Oman**, les infections à VIH sont également attribuées à la consommation de drogues injectables mais le rôle de celles-ci est particulièrement évident dans l'épidémie qui va croissant en **République islamique d'Iran**. Environ 15% de toutes les infections à VIH depuis le début de l'épidémie ont été enregistrées pour la seule année 2003 (Ministère de la Santé, Iran, 2004). Bien que cette croissance reflète en partie une amélioration de la surveillance, il est quasi certain qu'elle révèle

selon certains rapports, pourrait réduire de moitié l'usage de matériel non stérile.

Le risque considérable de transmission du virus à leurs partenaires sexuels par les consommateurs de drogues impose un renforcement des programmes de prévention pour limiter la transmission sexuelle du VIH en Iran. D'après l'une de ces études, la moitié environ des consommateurs de drogues sont mariés et un tiers des personnes interrogées disent avoir des rapports sexuels extra-conjugaux, ce qui signifie de nouveaux risques de transmission. Cette deuxième vague d'infections fera probablement également courir des risques aux professionnel(le)s du sexe (et aux autres membres de leur clientèle). Comme ailleurs dans cette région, les professionnel(le)s du sexe semblent peu à même de se protéger des infections à VIH. Une étude au sein de ce groupe dans la ville iranienne de Kermanshah a montré que quasiment 100% savaient

La stigmatisation sociale et la discrimination institutionnelle que subissent les groupes vulnérables sont rarement et trop peu combattues ; en outre, il n'en est pas fait assez en matière de communication et d'éducation pour faire comprendre l'épidémie à l'ensemble des populations.

aussi une récente poussée épidémique principalement due à l'injection de drogues. Près de 4% des consommateurs de drogues testés par la surveillance sentinelle en 2003 étaient séropositifs au VIH mais la prévalence était trois fois plus élevée chez ceux qui ont été testés en dehors des sites sentinelles et, en certains endroits, un consommateur de drogues sur cinq était séropositif (MAP, 2004).

L'épidémie croît en **Iran** du fait d'une augmentation considérable du nombre de personnes qui pratiquent l'injection de drogues. Ces dernières années, l'Iran a amélioré ses méthodes d'estimation du nombre de personnes ayant des comportements qui augmentent le risque d'exposition au VIH. Selon une étude épidémiologique de la consommation de drogues publiée par le Ministère de la Santé en 2002, cette population pourrait s'accroître de 5% à 10% chaque année (MAP, 2004). On estimait en 2003 que le pays comptait jusqu'à 200 000 consommateurs de drogues injectables (Jenkins et Robalino, 2003). Des mesures ont été mises sur pied pour limiter l'étendue de la transmission du VIH par l'injection de drogues. Contrairement à plusieurs autres pays de la région, l'Iran a autorisé la vente sans ordonnance dans les pharmacies des aiguilles et des seringues, ce qui,

ce qu'est un préservatif mais que la moitié n'en avait jamais utilisé (MAP, 2004). Les professionnel(le)s du sexe, comme leur clientèle, citent le coût du préservatif comme le principal obstacle à son emploi.

Au **Yémen**, l'épidémie semble concentrée dans l'industrie du sexe (Jenkins et Robalino, 2003). En 2004, la surveillance sentinelle assurée dans quelques sites en **Algérie** a montré que la prévalence chez les femmes enceintes se situait entre 0,2% et 0,5% à Tizi-Ouzou, Tamanrasset et Oran. Dans ces deux derniers sites, 2% des personnes souffrant d'une infection sexuellement transmissible étaient séropositives; il en était de même pour 9% des 70 professionnel(le)s du sexe ayant subi le test à Tamanrasset (Institut de Formation paramédicale de Parnet, 2004). Il faut noter que quatre ans auparavant, la prévalence dans cette même population n'était que de 1,7% (Fares et al., 2004). Ici comme ailleurs dans la région, il faut approfondir la connaissance des structures de transmission du VIH et du rôle du commerce du sexe dans l'épidémie. Il en va de même pour les rapports sexuels entre hommes, qui sont fortement stigmatisés dans la région. L'information sur ces formes de comportement et leur rôle dans l'épidémie reste insuffisante. Les études entreprises montrent néanmoins de forts risques de

transmission chez les hommes ayant des rapports avec des hommes et dans leur entourage. Bien qu'une étude récente conduite au Caire (**Égypte**) auprès d'un échantillon d'hommes ayant ce type de rapports ait noté une prévalence faible (à peine plus de 1%), les comportements à risque étaient monnaie courante. Un grand nombre d'entre eux, en particulier les moins de 25 ans, disaient avoir de multiples partenaires mais seuls 19% des hommes dans leur ensemble disaient utiliser régulièrement un préservatif – certains n'en avaient jamais entendu parler. Étant donné le faible taux de recours au préservatif et le fait que près des trois quarts des hommes plus âgés (plus de 25 ans) disent avoir également des partenaires féminines, le risque de transmission ultérieure du VIH est loin d'être négligeable (El-Rahman, 2004).

Une prévention efficace est nécessaire dans toute la région pour mettre fin aux épidémies qui en sont encore à leurs premiers stades. L'efficacité des interventions dépendra elle-même d'une information systématique et fiable sur les structures et les tendances des épidémies. Sur chacun de ces plans, trop de pays accusent encore un retard fâcheux. Même des démarches de base – par exemple la promotion du préservatif – sont quasi inexistantes. La stigmatisation sociale et la discrimination institutionnelle que subissent les groupes vulnérables sont rarement et trop peu combattues ; enfin il n'en est pas fait assez en matière de communication et d'éducation pour faire comprendre l'épidémie à l'ensemble des populations.