Journal du sida (Le), n° 173, février 2005

Le VIH/sida au Moyen-Orient et Afrique du Nord

Agir pendant qu'il est encore temps

« Tout permet de croire que les épidémies de sida se propageront encore dans les pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord » **, annonçait le rapport de l'Onusida de décembre 2004. Bien que les taux de prévalence dans la région restent globalement faibles, les experts s'accordent sur la nécessité de mettre en place au plus vite des dispositifs complets de lutte contre le VIH. Une étude de la Banque mondiale publiée en français en juin 2004 analyse les raisons de la vulnérabilité de la région. Synthèse.**

Le calme avant la tempête. L'expression résume bien les craintes de ceux qui se penchent sur la situation épidémiologique des pays de la zone Moyen-Orient/ Afrique du Nord. Le dernier rapport de l'Onusida (1) établit à 540 000 le nombre d'adultes et d'enfants qui y vivent avec le VIH à la fin de l'année 2004, soit 92 000 de plus que l'année dernière. Hormis Djibouti et le Soudan, qui ont atteint le stade de l'épidémie, les taux de prévalence restent encore faibles dans la région, bien qu'en augmentation régulière. Il se peut cependant que les statistiques disponibles restent en deçà de la réalité. De plus, pour Carol Jenkins et David A. Robalino, auteurs d'une étude effectuée sous l'égide de la Banque mondiale *(cf. p. 30)*, *« les facteurs de risque sont suffisamment évidents dans un certain nombre de pays pour justifier des investissements immédiats dans des programmes de prévention améliorée »*.

Des populations vulnérables

Dans ces sociétés largement traditionalistes, les comportements considérés les plus à risque en matière de VIH – commerce du sexe, relations homosexuelles, utilisation de drogues injectables – sont peu visibles. Mais ils n'en sont pas moins existants et constituent d'ailleurs les principaux modes de transmission du virus. Tant la prostitution et sa clientèle que l'homosexualité sont présentes, bien qu'obligées de se dissimuler du fait des principes religieux, de la pression sociale et parfois de châtiments très sévères. De même, la consommation de drogues s'avère élevée (2). La plupart des pays publient des statistiques qui témoignent d'une augmentation inquiétante de la consom-mation de drogues, notamment de drogues injectables par voie veineuse, dans la population générale et plus spécialement chez les jeunes.

A ces groupes à risque vient s'ajouter un groupe dit « vulnérable », constitué de personnes susceptibles d'être exposées au VIH du fait de leur mode de vie. Dans cet ensemble figurent d'abord les populations en déplacement : réfugiés, travailleurs immigrés, hommes d'affaires ou touristes. Très nombreuses dans une région où la migration constitue un facteur économique prépondérant, elles ont souvent été les premières à être contaminées : soit par le biais d'injections de drogues (au cours de leur passage en Europe), soit lors de relations sexuelles (ceux qui se rendent vers les pays du Golfe, d'Afrique de l'Ouest ou du centre). De nombreux jeunes hommes aisés, qui se sentent plus libres de leur sexualité lorsqu'ils voyagent

à l'étranger, sont également des candidats à l'infection. Il faut par ailleurs ajouter au groupe vulnérable les toxicomanes ne recourant pas aux injections, mais pouvant modifier leurs habitudes dès que les prix deviennent plus abordables. Enfin, les jeunes constituent les cibles idéales du VIH : à mesure que la société se modernise, les rapports sexuels deviennent de plus en plus précoces et l'âge du mariage est retardé.

Une surveillance inadaptée

Ces populations doivent donc être surveillées de près, dans un but éducatif et préventif, martèlent Carol Jenkins et David A. Robalino. Mais les données sur ces groupes d'individus manquent cruellement dans la région. La surveillance de la contamination par le VIH *« n'est systématique que pour les groupes à faible risque, qui représentent la population générale (donneurs de sang, futures mères et malades de la tuberculose), et ce, seulement, dans certains pays »*, expliquent les auteurs. Peu de recherches ont été conduites, et l'on se contente généralement de comptabiliser les personnes qui se présentent spontanément dans les centres de soins ou de dépistage ou qui s'y trouvent soumises (prisonniers, toxicomanes en cure, etc.).

Autre lacune de taille : les études comportementales, en matière de toxicomanie ou de sexualité, restent rares, quand leurs résultats ne sont pas tenus secrets, du fait des réticences à mettre au grand jour des comportements jugés répréhensibles. Ce ne sont pas les compétences qui manquent pour réaliser ces travaux, mais un soutien institutionnel.

Dans l'ensemble, s'il existe des lieux de recensement et d'échantillonnage des porteurs du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST), les données demeurent peu représentatives de la population touchée et surtout, ne permettent pas de comprendre le profil des personnes à risque, de les localiser et de concevoir des mesures appropriées à leur situation. *« Ce n'est pas ce type de surveillance que l'on peut recommander pour les pays de faible prévalence où il est nécessaire de contrôler la prévalence parmi ceux qui risquent le plus d'être contaminés »*, conclut le rapport. Dans ce contexte, rien ne garantit de pouvoir localiser un début d'épidémie là où il est susceptible d'advenir (3).

Une prévention quasi inexistante

Cette méconnaissance des groupes vulnérables a pour corollaire la terrible insuffisance de la prévention dans les pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord. Bien que chacun d'eux ait créé sa commission nationale de lutte contre le sida au moment de l'apparition de leurs premiers cas de VIH, il n'y a pas eu jusqu'ici de véritable politique globale de prévention, et notamment pas en direction de la jeunesse – sauf en Tunisie, avec une action de portée encore limitée (4). L'information sur les modes de transmission et de protection n'est ni suffisamment transmise, ni correctement comprise. Lorsque des actions d'éducation sont conduites, le préservatif comme moyen de protection est rarement mis en avant. Associé à des conduites jugées répréhensibles, les préjugés et le rejet à son égard demeurent vivaces, en même temps que son coût reste prohibitif.

De façon générale, peu d'actions de lutte contre l'opprobre et les discriminations liées aux IST, à l'homosexualité et à la consommation de drogues ont été mises en place. Et les médias, qui n'ont presque jamais été utilisés à des fins préventives (5), ont plutôt contribué à divulguer une image négative du VIH/sida. Le problème de l'utilisation de drogues injectables, alors qu'elle est l'un des principaux facteurs de conta-mination dans la région, n'a jamais été envisagée sous un angle préventif : plusieurs pays disposent de centres de désintoxication, mais aucun, sauf l'Iran *(cf. encadré ci-dessous)*, n'a mis en place des programmes de substitution à la drogue ou de distribution de seringues.

Développer le dépistage et les soins

En matière de soins, les pays du Moyen-Orient et du Maghreb présentent également des lacunes structurelles, bien que leur première réponse à l'épidémie se soit principalement centrée sur des aspects médicaux du VIH/sida, et non sociaux ou économiques (la plupart des pays se sont rapidement attachés à instaurer une surveillance du VIH/sida dans le but de sécuriser leurs stocks de sang) (6). Dépistage en laboratoire, gestion des déchets des hôpitaux, injection et transfusion sans risque, diagnostic et traitement des IST, dépistage volontaire ou traitement du sida : *« La capacité de satisfaire aux exigences laisse à désirer par certains aspects au moins, même dans les meilleurs systèmes de soins. »* Toutes ces prestations souffrent du choix qu'ont fait les gouvernements de la région, ces trente dernières années, de privilégier l'extension des systèmes de soins au détriment de leur qualité et de leur pérennité. En outre, bien que certains personnels médicaux et paramédicaux aient été sensibilisés au VIH, beaucoup véhiculent encore beaucoup de préjugés très négatifs qui posent des problèmes de discrimination et de confidentialité aux patients qui viennent consulter (au point qu'un certain nombre préfère se rendre dans des structures privées ou à l'étranger ou encore se passer de tout suivi). La qualité des soins relatifs aux IST et au VIH/sida, varie cependant considérablement d'un pays à l'autre. Mauvaise à Djibouti et au Yémen, elle ferait l'objet d'importants efforts d'amélio-ration au Maroc.

Un nombre croissant de pays (Algérie, Bahreïn, Iran, Jordanie, Liban, Maroc, Oman ou Tunisie) a mis ou est en train de mettre en place, avec l'aide de partenaires internationaux, un accès gratuit aux traitements antirétroviraux dans le secteur public, soit universellement (comme c'est le cas en Tunisie), soit pour certaines populations (par exemple, les femmes enceintes séropositives). Des négociations pour regrouper les achats de médicaments et faire baisser les prix sont en cours.

Agir maintenant

D'immenses efforts restent donc à fournir dans la région, où jusqu'à présent, la lutte contre le sida n'a pas été considérée comme une priorité. Malgré les aides venues, depuis 1996, de partenaires internationaux comme l'Unaids (Programme des Nations unies pour lutter contre le VIH/sida), l'OMS (Organisation mondiale de la santé), l'Unicef (Fonds des Nations unies pour l'enfance), l'Unfpa (Fonds des Nations unies pour la population), le Pnud (Programme des Nations unies pour le développement) ou la Banque mondiale, les budgets et les personnels dédiés à la lutte contre le sida ont toujours été insuffisants.

Des avancées intéressantes doivent toutefois être notées. Depuis peu en effet, les Organisations non gouvernementales (ONG) s'impliquent considérablement en Algérie, à Djibouti, au Liban, au Maroc, au Soudan et en Tunisie, tandis que les personnes vivant avec le VIH/sida commencent à être considérés comme des partenaires essentiels dans un certain nombre de pays. En outre, de plus en plus de pays de la région élaborent, depuis deux ou trois ans, des stratégies de lutte contre le sida, que les auteurs du rapport de la Banque mondiale espèrent voir déboucher *« sur des mesures durables contre le sida dans un ensemble de secteurs comme l'éducation, les affaires religieuses, la jeunesse, le monde du travail, les médias, les services en uniforme et les systèmes pénitentiaires ».*

Afficher une volonté réelle ouvre la possibilité d'obtenir – comme cela s'est passé pour le Maroc – de forts soutiens internationaux. D'autres pays comme l'Algérie, le Liban ou l'Iran semblent également sur la bonne voie, au point que Carol Jenkins et David A. Robalino estiment qu'ils peuvent devenir des modèles pour la région toute entière.

Mais le chantier est énorme. C'est uniquement en coordonnant l'ensemble de ces acteurs qu'une lutte efficace pourra être menée contre le VIH/sida et les préjugés qui l'entourent. Retarder une intervention massive pourrait avoir des conséquences humaines dramatiques et revenir infiniment plus cher sur le plan économique que ce que coûterait une politique

engagée en amont.
A la région de décider, donc, si elle préfère prendre son destin en main ou attendre qu'il soit trop tard.

Laetitia Darmon

VIH/sida au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Les coûts de l'inaction,
C. Jenkins et D. A. Robalino, Banque Mondiale, Editions Eska, 2004.

(1) « Le point sur l'épidémie du sida : décembre 2004 », Onusida. A télécharger sur : www.unaids.org/wad2004/EPIupdate2004_html_fr/epi04_00_fr.htm

(2) L'un des pays les plus touchés est l'Iran. Selon une étude nationale de 1998, les consommateurs d'opium et/ ou d'héroïne représentaient 2 % de la population, et 200 000 d'entre eux étaient des utilisateurs de drogues injectables. Depuis, la consommation augmente régulièrement.

(3) Les auteurs insistent sur la nécessité de mettre en place une « surveillance de deuxième génération », à savoir « une approche progressive dans laquelle la surveillance de la séropositivité est ajustée en fonction du stade de l'épidémie et mise en relation avec des enquêtes comportementales répétées. »

(4) En 1997, le gouvernement de Tunisie, a lancé, avec l'Unfpa, un programme destiné à sensibiliser 10 % des jeunes du pays, dans le cadre de centres de consultation thérapeutique confidentiels, de pensionnats, d'établissements scolaires, etc. Les jeunes ont ainsi pu accéder à des conseils, au dépistage et au traitement des IST, à l'avortement et à la contraception. Le programme a bien fonctionné, mais n'a pas encore été généralisé à l'ensemble des jeunes.

(5) Pourtant, lorsque cela s'est fait – comme au Liban, à Oman ou au Yémen, sous forme de films ou de représentations théâtrales – l'impact sur les consciences a été extrêmement positif.

(6) La sécurisation, universelle dans la régionà l'exception du Yémen, reste parfois insatisfaisante. Le rapport indique que ce manque de vigilance tient à la faiblesse des taux de prévalence, à un manque de prise au sérieux de la gravité des autres virus sanguins et à la croyance en l'effet protecteur des normes sociales traditionalistes.

Déni et stigmatisation

La lourdeur du traditionalisme social et religieux a contribué jusqu'à présent à rendre les actions de lutte contre le sida difficiles au Moyen-Orient et en Afrique du Nord. Le refus de voir en face certains comportements (prostitution, sexualité hors mariage, homosexualité, consommation de drogue) et l'opprobre jeté contre ces derniers, créent tant de honte et de peur que les personnes se cachent, en même temps que la société préfère ne pas les voir. Or les dirigeants de la région n'ont pas combattu cette stigmatisation et cette discrimination généralisées. D'où l'improbabilité de politiques de prévention, en l'absence de volonté politique forte. Les quelques associations présentes dans la région en ont fait l'expérience. Au Maroc, par exemple, l'Association marocaine de lutte contre le sida (ALCS) a cherché à agir auprès des homosexuels. Cela s'est cependant avéré délicat, parce que l'homosexualité étant passible de trois à six mois de prison, elle n'a pas de visibilité. L'ALCS a donc choisi d'approcher dans un premier temps le milieu de la prostitution masculine, en identifiant peu à peu les lieux de
drague et des personnes relais. Des groupes de discussion et d'information ont ainsi pu se monter, où des préservatifs et des dosettes de lubrifiant ont été mis à disposition. Mais la portée de ces actions s'est trouvée limitée : la police considère souvent le préservatif comme une preuve de flagrant délit de prostitution lorsqu'elle arrête des personnes qui en possèdent sur les lieux de drague. Résultat : les usagers préfèrent en prendre en quantité moindre, car il leur est plus facile de s'en défaire en cas d'arrestation. De même, la criminalisation des toxicomanes dans un certain nombre de pays de la région ne pousse pas ces derniers à chercher de l'aide et les confine donc dans le dangereux cercle des prises de risque.

Profils épidémiologiques

Les auteurs du rapport de la Banque mondiale distinguent trois types de profils épidémiologiques au Moyen-Orient et en Afrique du Nord :
> Pays ayant accumulé, grâce à des dépistages répétés à grande échelle (mais sans repérage des groupes à risque), des résultats montrant une prévalence faible : l'Egypte, la Jordanie, la Syrie et peut-être l'Arabie Saoudite et l'Irak.
> Pays où l'on observe une progression régulière du nombre des contaminations et où au moins certains groupes à risque sont identifiés : l'Algérie, le Bahreïn, l'Iran, le Koweït, le Liban, la Libye, le Maroc, l'Oman, la Tunisie, le Yémen et peut-être le Qatar et les Emirats arabes unis.
> Pays où les taux de contamination dans la population générale sont élevés et témoignent parfois d'une épidémie généralisée (Djibouti, le Soudan et probablement la Somalie).

Le paradoxe iranien

L'Iran, pays d'extrême violence, n'est pas au bout de ses contradictions. On ne se serait pas attendu à ce que là où les mollahs flagellent à mort les homosexuels et les femmes adultères, un programme de substitution, d'échange de seringues et de dépistage, sans équivalent dans la région, se mette en place. Mais les résultats d'études réalisées en 1998, montrant l'ampleur de l'utilisation de drogues en Iran (2 % de la population, dont 200 000 utilisateurs de seringues) et la proportion de porteurs du VIH parmi eux, ont secoué le régime. Depuis 1999, il est désormais possible de se faire dépister volontairement ou parce qu'on y est envoyé (ce qui est le cas des membres de la famille des consommateurs de drogues injectables et des personnes séropositives) dans des banques de sang, des centres de désintoxication gérés par le ministère de la Justice et la Welfare Organization, ainsi que dans les centres de soins gérés par le ministère de la Santé. Le dépistage est assorti de conseils délivrés par un personnel (psychologues, psychiatres, médecins généralistes et autres agents de santé) formé à cet effet par le ministère de la Santé. L'ensemble de la prestation est gratuit. Par ailleurs, « contrairement à plusieurs autres pays dans la région, l'Iran a autorisé la vente sans ordonnance d'aiguilles et de seringues en pharmacie, ce qui, selon certains rapports, pourrait réduire de moitié l'usage de matériel non stérile » (1). Le programme de « réduction des dommages » a débuté quant à lui en 2000 dans trois des provinces les plus affectées par la toxicomanie par voie injectable. Il a été mis en place dans des services hospitaliers, où ceux qui le souhaitent peuvent bénéficier gratuitement et en toute confidentialité de conseils, de traitement à la méthadone et d'échange d'aiguilles.
(1) « Le point sur l'épidémie du Sida : décembre 2004 », Onusida. www.unaids.org

Les leaders religieux contre le sida

Le 13 décembre dernier, 80 chefs religieux du monde arabe se sont engagés à lutter contre le sida, lors d'une réunion organisée par le Pnud, avec l'accord de la Ligue des Etats arabes. *« Nous, leaders musulmans et chrétiens, luttant contre l'épidémie du sida dans le monde arabe, faisons face au danger imminent de l'épidémie du VIH/sida et reconnaissons une grande part de responsabilité et un devoir d'agir de façon urgente »*, ont-ils indiqué dans une déclaration commune. Celle-ci exprimait le souhait de voir s'abolir *« toute forme de discrimination, d'isolation, de marginalisation et de stigmatisation des personnes affectées par le virus »*.
Des paroles dont il faut espérer qu'elles soient suivies d'effets.
Source : Centre de nouvelles de l'ONU (www.un.org).

Chiffres

540 000 enfants et adultes vivant avec le VIH/sida en 2004, dont 250 000 femmes.
28 000 morts causées par le sida en 2004.

2 % de prévalence au Soudanen 2004, et 2,8 % à Djibouti en 2003. Le Soudan regroupe 80 % des personnes vivant avec le VIH dans la région. Des enquêtes dans des villes du sud soudanais – proche de l'Ouganda – ont montré que seuls 20 % des adultes savaient ce qu'est un préservatif.
Source : Onusida.