

MENA mis à jour

Longtemps ignorée des programmes de prise en charge pour cause de régime sécuritaire et d'une situation sanitaire ni excellente ni catastrophique, la région Moyen-Orient-Afrique du Nord fait l'objet d'un rapport détaillé permettant d'identifier problématiques et priorités. Le tout dans un contexte politique et social en pleine mutation. Conjoncture idéale pour quitter ce statu quo et prendre des initiatives.

La région Moyen-Orient-Afrique du Nord (MENA) avait jusqu'alors peu focalisé les regards. Au fil des années, l'idée selon laquelle elle était, sinon exempte, du moins préservée d'une épidémie de VIH, est devenue théorie acquise, à défaut d'être démontrée. Résultat, si cette hypothèse était plutôt juste il y a quinze ans, l'absence d'intérêt et d'investissement, tant humain que financier, a participé au développement d'une épidémie concentrée au sein de certaines populations exposées. Signe que ce temps de déni est révolu, la Banque mondiale, l'Organisation mondiale de la santé et l'Onusida ont organisé une rencontre sur la question le 15 février dernier, avec, pour support, un important rapport qui décortique tous les pans de la lutte contre le sida dans la région MENA. Pour la première fois, donc, une analyse scientifique, *Caractériser l'épidémie de VIH/sida au Moyen-Orient et en Afrique du Nord : la nécessité d'une action stratégique*, avec chiffres et analyses des comportements, est disponible et utilisable afin de déterminer des priorités et mettre en œuvre des actions concrètes.

Trois groupes exposés. Parmi les enseignements principaux du rapport, on apprend qu'hormis à Djibouti, au Sud-Soudan et en Somalie, le taux de transmission du VIH en population générale est parmi les plus faibles du monde. Toutefois, des poches de transmission existent au sein de populations spécifiques dans toute la région MENA : les utilisateurs de drogues injectables (UDI), les hommes ayant des relations sexuelles avec les hommes (HSH), ainsi que les travailleuses du sexe et leurs clients. L'épidémie a surgi de manière importante ces dix dernières années au sein de ces trois groupes, mais y évolue différemment selon les pays.

La majorité des personnes vivant avec le VIH sont des hommes ayant des pratiques à risque et leurs conjoint(e)s. En ce sens, MENA présente un profil relativement équivalent à la situation mondiale de l'épidémie de VIH, excepté l'Afrique subsaharienne.

UDI. Concernant les UDI, les taux de prévalence s'échelonnent entre 0 % et 38 %, avec une moyenne de

0,2 % ; ce qui représente un million de personnes. Facteur aggravant, MENA est tout à la fois un lieu majeur de production, de transit et de destination du commerce mondial de drogues. Dans certains pays, les UDI sont fortement atteints par l'épidémie, comme au Pakistan et en Iran. Dans ce pays, il s'agit du mode principal de transmission avec 67 % des cas. Tout comme en Libye, où ce taux atteint 90 %. En Afghanistan, au Bahreïn, à Oman, au Koweït et en Tunisie, la transmission du VIH au sein des UDI représentent également une proportion majeure des contaminations ; dans une proportion moins élevée mais significative, on trouve l'Algérie et le Maroc. Le rapport présente de nombreux chiffres, mais ils diffèrent selon les sources et sont parfois anciens. Si les données sont donc à manier avec précaution, on peut tout de même relever entre autres une étude de l'Onusida datant de 2003 qui porte à 63 % le taux de prévalence du VIH parmi les UDI en prison en Iran ou encore une publication du ministère algérien de la Santé de 2006 qui relève 11 % de séropositifs parmi les UDI. Au Maroc, en 2007, le ministère de la Santé estimait à 0 % le nombre d'UDI vivant avec le VIH, alors qu'une étude¹ publiée en 2008 porte ce chiffre à 6 %.

En outre, l'utilisation de matériel non stérile tend à décrédibiliser les prévalences les plus basses. En effet, au Pakistan, une étude estime que 79,5 % des UDI utilisent quotidiennement des équipements non stériles². Ce comportement semble corrélé au statut socio-économique : en Iran, la proportion d'utilisation de matériel non stérile varie de 30 % à 100 %, la plus élevée concernant les populations les plus démunies³. En Algérie, cette proportion atteint 41 %, entre 32,2 % et 59 % en Égypte et entre 47 % et 72,6 % au Maroc, selon les sources.

La fréquence et les circonstances d'injection influent également sur la propagation du VIH. Or, dans la région MENA, les études prouvent que les UDI ont une

¹ Mathers et al., "Self-reported", 2008.

² Altaf et al., "High Risk Behaviors".

³ Razzaghi et al., "Profiles of Risk".



■ ■ ■ fréquence d'injection de plus d'une fois par jour en moyenne, accentuant d'autant le risque de diffusion. Lorsque ces événements ont lieu dans un cadre familial ou amical, comme c'est le cas au Liban ou en Syrie, la propagation s'en trouve limitée. En revanche, lorsque les injections sont effectuées dans des salles de shoot « communautaires » ou lorsqu'elles sont réalisées par des « médecins de rue » (sans encadrement ni matériel stérile), le risque est considérablement accru.

HSH. La prévalence du VIH au sein des HSH varie de 0 % à 28 % selon les pays. Si elle demeure inférieure à celle relevée dans d'autres pays du monde, elle est toutefois en progression notable et représente une part croissante du total des infections, notamment parce que les HSH semblent adopter des comportements sexuels à haut risque, comme la multiplication des partenaires et un faible taux d'utilisation régulière du préservatif. De plus, parmi les groupes exposés, celui des HSH est le plus stigmatisé et sujet au rejet, voire aux agressions. Il n'existe pas de données vraiment fiables concernant la proportion de HSH dans les pays du MENA. Le paradigme occidental pour définir ce groupe ne s'applique d'ailleurs pas *stricto sensu*, ce qui complique le recensement : les relations homosexuelles sont souvent occasionnelles, liées à un mariage tardif, à la difficulté d'accéder aux femmes avant le mariage ou à la ségrégation des genres. Ainsi, en Égypte, 77,4 % des garçons des rues témoignent avoir connu des relations homosexuelles⁴. Au Liban, 8,4 % des prisonniers rapportent également des relations homosexuelles occasionnelles. Ce groupe adopte en outre des comportements à risque : ils sont en effet 90 % en Égypte, 81,9 % en Iran, 74,3 % au Liban, 97,2 % au Soudan et 90,1 % en Tunisie à déclarer des partenaires multiples. Dans le même temps, l'usage du préservatif, s'il varie selon les pays, reste globalement peu répandu. En Égypte, 19 % des HSH estiment l'utiliser « régulièrement »⁵. Une proportion faible, corrélée

à une méconnaissance de ses fonctions : seuls 49 % des HSH savent son utilité en matière de prévention. En Tunisie, l'usage du préservatif lors du dernier rapport sexuel occasionnel n'atteint pas 50 %, alors que 89,2 % le connaissent. Parmi les raisons avancées par les HSH pakistanais pour leur non-utilisation, on trouve en premier lieu le fait de « ne pas aimer », la non-disponibilité et le fait de ne pas le juger nécessaire.

Travailleuses du sexe. Dans cette population, l'épidémie reste très inférieure aux chiffres mondiaux, même si elle est plus développée qu'en population générale. Les taux les plus importants se retrouvent dans les pays bordant l'Afrique subsaharienne, comme Djibouti, le Sud-Soudan ou la Somalie. Là encore les chiffres divergent selon les sources, mais d'après les autorités sanitaires, l'épidémie atteint 2 % à 3 % de cette population dans les trois pays du Maghreb, là où elle atteint, dans des enquêtes de rue, de 20 % à 55,8 % à Djibouti⁶.

Cinq recommandations. S'il est encore difficile d'obtenir des prévalences fiables, les grandes lignes permettent de déterminer des priorités d'actions. « *Après presque sept ans de recherche, nous avons enfin une vision globale de la situation de l'épidémie [...]. La feuille de route concernant les réponses à apporter en matière de VIH dans la région est maintenant claire* », estime le D' Laith Abu-Raddad, auteur principal du rapport. Ainsi, cinq recommandations ont été formulées, orientées en priorité vers les groupes vulnérables, afin d'éviter l'accroissement de l'épidémie. En premier lieu, et de toute urgence, il convient d'accroître et d'étendre la base de données et le système de surveillance des populations exposées. Des recherches doivent être conduites pour mettre en place des politiques basées sur des preuves. Un autre élément essentiel est de sortir du prisme sécuritaire et de se concentrer sur la vulnérabilité et le risque. Le vent de liberté et les changements politiques actuels sont une véritable opportunité afin d'opérer un tel virage, notamment en renforçant l'investissement de la société civile qui a montré sa capacité d'engagement et sa puissance lors des récentes révolutions. Enfin, ces données collectées favoriseront la mise en place de politiques de prévention ciblées, qui devront être déployées en partenariat avec la société civile et les populations concernées.

⁴ *HIV/AIDS Biological and Behavioural, Surveillance Survey Summary Report, ministère égyptien de la Santé et de la Population, Caire, 2006.*

⁵ El-Rahman, "Risky Behaviours for HIV/AIDS Infection".

⁶ Street-based, Etchepare 2001.

La révolution militante

Fin d'une posture soumise aux autorités et début d'un nouvel activisme pour une politique de lutte contre le sida effectivement ancrée au sein de la société civile.



Jusqu'à aujourd'hui les régimes plutôt sécuritaires donnaient du monde arabe la vision qu'aucune société civile ne pouvait exister. Et que pour arracher quelques victoires symboliques dans la lutte contre le sida, il convenait de composer avec le régime. Associations historiques, bailleurs et organisations internationales ont également appliqué cette méthode, pensant protéger les associations et les individus, aux dépens de réels progrès. Pourtant, comme le souligne Othman Mellouk, activiste marocain, membre historique de l'Association de lutte contre le sida (ALCS) et responsable du programme de plaidoyer pour l'accès aux traitements dans les pays MENA pour l'ITPC (Coalition internationale pour l'accès aux traitements), « *il y a toujours eu une ébullition dans le monde arabe, qui, aujourd'hui, peut être attribuée au contexte de changement, mais aussi à l'émergence de nouveaux activistes, de nouveaux leaders, en rupture avec le passé* ».

Place de l'activisme. Avant que le vent de la révolte ne souffle, les activistes étaient confrontés à des situations laissant peu de place au déploiement de leurs actions. Ainsi, en Algérie, selon Othman Mellouk, la société civile était jusqu'en 2000 « *très forte* », puis a diminué son activité « *en raison du contexte politique* » et de la dureté du pouvoir des généraux. Conséquence directe, « *les bailleurs de fonds sont partis* ». En Tunisie, la société civile est organisée et forte, mais la lutte contre le VIH, qui est aussi une lutte pour les droits de l'homme, est vite devenue taboue ; le régime ne supportant pas la critique. Dès 1999, comme au Maroc, l'accès généralisé aux traitements a été décidé. Réel sur le papier, il est toutefois confronté à de nombreuses ruptures de stocks et à un manque criant d'éducation thérapeutique, tant pour les patients que pour les médecins. Les programmes en place, comme ceux dédiés aux travailleuses

du sexe ou aux HSH, élaborés avec les Nations unies, n'étaient pas pertinents. Ainsi le programme « HSH » recensait une centaine de personnes concernées et uniquement dans la capitale. Un point de départ biaisé pour, au final, des actions et des bénéficiaires minimes.

Oppression des autorités. Cette oppression entraînait des comportements de militants maintenant un *statu quo* sans remédier à la situation. Ainsi, un membre d'une des principales associations tunisiennes de lutte contre le sida a présenté en public le profil d'un pays actif, bien approvisionné en médicaments, à l'abri des ruptures et développant une politique sociale pour les personnes séropositives. En aparté, il avouait que tout cela était faux, mais qu'il avait l'interdiction de critiquer le régime. « *Les associations avaient le savoir, explique Othman, mais elles étaient sous surveillance.* » De même pour les financements, qui passaient tous par le gouvernement, lequel décidait ensuite des bénéficiaires et des priorités. Situation identique en Égypte où la société civile existe, mais ne pouvait obtenir de financements à cause du régime. Ainsi, l'exemple du CCM (instance de coordination de pays) du Fonds mondial est particulièrement représentatif, puisque ses membres étaient choisis par le gouvernement, tandis que le ministère de la Santé était le principal bénéficiaire et décisionnaire : aucune possibilité de modifications d'ordre du jour des – rares – réunions, absence de rôles déterminés pour les membres, etc. La personne séropositive désignée pour y siéger, fonctionnaire au ministère de la Santé, disposait d'une marge de manœuvre restreinte et était particulièrement vulnérable. *Idem* pour les associations, désignées et non élues.

Nouvelle génération. Depuis la révolution égyptienne, les ONG, souvent impliquées dans la chute du ■■■

■■■ régime de Hosni Moubarak, ont pour ambition de modifier le CCM et d'en faire un organe neutre, avec à sa tête une association, comme cela a été fait au Maroc ou en Mauritanie. La société civile, à la faveur d'une génération nouvelle d'activistes et d'une perspective globale de changement, s'échine donc à faire évoluer les consciences et les choses, à l'image de l'association libanaise Helem. Créée par des homosexuels « *lassés d'être des sous-sous-bénéficiaires de miniprojets* », explique Othman Mellouk, elle est aujourd'hui à la tête de son propre centre de santé et s'investit sur le terrain des droits de l'homme « *pour amener les gens à réfléchir sur la place des homosexuels comme citoyens* ».

Cette nouvelle génération refuse la politique du « tout ne va pas si mal », prônée par les autorités et acceptée par les partenaires historiques, à la faveur d'un système de santé intermédiaire, qui dispose de structures, de personnels et de moyens. Car elle réclame de grandes avancées. Ainsi, au Maroc, les antirétroviraux sont gratuits. Mais la prise en charge des infections opportunistes est assurée par l'ALCS. En Égypte, les traitements et la mesure du taux de CD4 sont gratuits, mais pas celle de la charge virale. Et pour les personnes habitant loin du Caire, le coût du transport est réhibitoyre. En Algérie, d'importantes ruptures de stocks sont survenues en 2010, compromettant les traitements. C'est une petite association d'Oran qui a rendu public ce problème.



Othman Mellouk

© Nadia

En l'absence de données, de priorités, il était difficile de savoir comment s'orienter et vers qui. « *Une nouvelle phase s'offre à nous* », estime Othman Mellouk, qui rédige un rapport sur l'accès aux traitements – dans toutes ses composantes – sur six pays d'Afrique du Nord. Il le constate : les bailleurs reviennent timidement, s'intéressent à ce qui pourrait être fait, à l'utilisation des réseaux sociaux comme outils de plaidoyer... Indéniablement, la conjugaison du rapport des Nations unies, du mouvement pour la liberté de la région MENA et d'une nouvelle génération d'activistes représente une occasion inégalée de replacer la lutte contre le sida en haut de l'agenda sanitaire, avec la création de politiques réalistes et efficaces. Le temps de l'attentisme complice est révolu.

Gagner notre place

Sonya¹, 38 ans, vit avec le VIH depuis un peu plus d'une dizaine d'années. Elle est membre de l'Association tunisienne de lutte contre le sida. Témoignage.

« La révolution, je la vis depuis longtemps avec les autres personnes vivant avec le VIH. Au début de la révolution tunisienne, j'ai eu peur. Mais étant une femme libre qui souhaite vivre, j'ai vite compris qu'elle était synonyme de vie, de liberté, d'expression individuelle et collective. Nous craignons de subir des ruptures de médicaments, mais nous nous sommes mobilisés et, avec l'aide de l'Onusida, nous avons réussi à les éviter.

Nous devons avancer avec cette révolution. Avant, nous ne pouvions pas créer d'associations de personnes vivant avec le VIH pour des raisons politiques. Après les élections, nous aurons la possibilité de déposer des statuts d'associations : c'est un grand pas. Car dans la lutte contre le sida, la voix des personnes concernées est indispensable pour que leurs besoins soient pris en compte dans l'élaboration des plans d'action.

J'attends que les financements ne diminuent pas et que les autorités nous donnent le droit de vivre, de travailler et d'avoir un toit. Mais ce n'est pas seulement la révolution qui fera changer les mentalités, ce sont les personnes vivant avec le VIH elles-mêmes. Il faut qu'elles deviennent plus visibles, qu'elles fassent du plaidoyer. Nous devons gagner notre place dans la lutte contre le sida comme dans la société. J'attends également que les étrangers soient mieux traités et que les cas de criminalisation de la transmission du VIH cessent. Je veux avoir des enfants, un mari, un bon salaire, un travail, ma propre association pour les femmes vivant avec le VIH. Je veux voyager... et passer un week-end en Espagne! »

¹ Le prénom a été modifié.

Un bénéfice indéniable

Bilel Mahjoubi est coordinateur exécutif de l'Association tunisienne de lutte contre le sida, membre depuis 2001 et salarié depuis 2006. Témoignage.

« En Tunisie, dépistage, prise en charge, tout était géré par les autorités. Il était impossible de dévoiler sa séropositivité. La très grande majorité le vivait en cachette. Beaucoup sont devenus SDF lorsque leur famille a découvert leur statut; ce qui conduit à une fin tragique. Pour les personnes vivant avec le VIH, le principal souci restait l'argent, pas leur santé... L'Association tunisienne de lutte contre le sida (ATL) travaille à favoriser leur autonomie, qu'ils soient acteurs et non bénéficiaires. Nous n'avons aucun financement du ministère de la Santé. Le budget de l'État pour la lutte contre le sida était dédié aux soins, aux traitements... Le ministère des Affaires sociales nous soutenait un peu, mais pas du tout pour la prévention et le renforcement des capacités. Le Fonds mondial a permis de changer des choses, d'apporter de l'aide alimentaire, psychologique. Mais il s'agit essentiellement d'assistance pas d'autonomie.

La révolution. La révolution était spontanée ... C'était un mouvement de jeunes. Les acteurs de la lutte contre le sida y ont contribué en tant qu'acteurs de la société civile. Tout le staff de l'association était dans la rue et scandait : « Dégage Ben Ali »... Nous avons poursuivi le mouvement à la frontière pour soutenir les Libyens et les réfugiés. Nous avons fait de la prévention : nous avons distribué des préservatifs, car il y a eu beaucoup de pratiques sexuelles, et des seringues, car de nombreux prisonniers usagers de drogues ont été libérés durant la révolution...

La révolution représente indéniablement un bénéfice pour la lutte contre le sida. Par exemple, la presse n'écrivait pas sur le VIH à cause des pressions politiques : il fallait montrer un pays sain pour le tourisme. Il est maintenant possible de dire qu'il y a une prévalence de 4,9 % chez les homosexuels, de parler de la stigmatisation, de dire qu'il n'y a pas assez d'argent pour la lutte contre le sida, que les jeunes prennent des risques lors de leurs rapports sexuels, de publier des enquêtes sur les homosexuels, les jeunes, les travailleuses du sexe, etc. On peut inviter des journalistes pour parler de l'épidémie; il n'y a plus ce ministère de la Communication qui était un ministère de la répression.

Aujourd'hui, on ne doit pas craindre les dirigeants. Ils devront se soucier de la société civile et pondérer leurs annonces. La force appartient désormais à la société civile, elle est en charge de l'avenir et contrôle le gouvernement transitoire. La balle est dans notre camp.

Apprendre la liberté. Pour le moment, la vision politique n'est pas claire. Le 24 juillet prochain, nous voterons

pour l'Assemblée constituante. Ce sera la première fois depuis la création de la Tunisie. Puis ce sera l'élection présidentielle prévue en février 2012. S'il y a un parti politique islamiste, ce sera dur. Mais nous ressentons une demande forte pour séparer la religion de l'État. L'enjeu est de supprimer la loi qui condamne l'homosexualité; c'est dans le respect des droits de l'homme... Ce serait alors le premier pays arabo-musulman à le faire. N'oublions pas que nous sommes les premiers à avoir autorisé l'avortement, à avoir libéré la femme...

Nous aurons la liberté de lutter ouvertement contre le sida. Maintenant je peux dire que nous menons des actions en direction des homosexuels. Bien sûr, il y aura des résistances, mais c'est cela la démocratie. Nous renforcerons le plaidoyer face aux résistances. Nous verrons les résultats à moyen terme. Nous allons gagner du terrain. Ceci dit, nous faisons face à une épidémie concentrée, quels moyens aurons-nous pour la prévention? Il est clair que l'usage de drogues est plus répandu qu'avant. Il y a aussi plus de rapports sexuels. Le risque est grand que l'aspiration de chacun à la liberté conduise à des pratiques à risque sans que nous ayons le moyen de faire de la prévention... Juste avant la révolution, nous avions une civilisation exemplaire : polie, propre, respectueuse, solidaire. Aujourd'hui, il y a moins de respect... Peut-être une mauvaise compréhension de la liberté, que nous n'avons jamais connue. La société a besoin d'organisation, d'éducation civique, d'apprentissage de la liberté et de la démocratie. »

Sidaction dans la région

Sidaction est engagée depuis 1994 aux côtés de l'Association de lutte contre le sida (ALCS) au Maroc. L'ALCS réalise à travers ses vingt-deux centres la majorité des dépistages dans le pays. En parallèle, elle assure des actions de prévention auprès des populations à risque et des services d'amélioration de la prise en charge des personnes vivant avec le VIH. Sidaction assure un soutien à l'ALCS à hauteur de 20 % de son budget pour la réalisation de ses activités de prise en charge à Casablanca et de dépistage à Essaouira. Lesquelles ont permis au 1^{er} semestre 2010 d'assurer 709 tests de dépistage, la prise en charge de 366 billets de transports, de 600 ordonnances de services, de 243 bilans radiologiques et 168 bilans biologiques. Par ailleurs, Sidaction apporte un soutien technique à l'ALCS dans l'organisation du Sidaction Maroc qui a permis, en 2010, de collecter, hors frais de fonctionnement, 12 millions de dirhams (environ 1 million d'euros).