



## MOYEN-ORIENT ET AFRIQUE DU NORD

Les épidémies de SIDA dans cette région sont très diverses. On estime que 68 000 [41 000-220 000] personnes ont contracté le VIH en 2006, ce qui porte à 460 000 [270 000-760 000] le total des personnes vivant avec le virus dans la région. Le SIDA a entraîné le décès d'environ 36 000 [20 000-60 000] personnes au cours de l'année écoulée. La plupart des infections notifiées se sont produites chez des hommes, mais la proportion de femmes infectées est en hausse (ONUSIDA, 2006b).

Des systèmes de surveillance du VIH inégaux (et, en bien des endroits, insuffisants), rendent difficile une évaluation précise des caractéristiques et tendances des épidémies dans de nombreux pays de cette région—particulièrement au sein des groupes les plus exposés au risque tels que les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Toutefois, une amélioration de la collecte des données dans certains pays (comme l'**Algérie**, la **République islamique d'Iran**, la **Jamahiriyah arabe libyenne** et le **Maroc**) montre que des épidémies localisées de VIH se déroulent dans toute la région tandis qu'une épidémie généralisée persiste au **Soudan**.

---

*Une surveillance inadéquate du VIH dans de nombreux pays de cette région rend difficile l'évaluation précise des caractéristiques et des tendances de leurs épidémies très diverses – en particulier parmi les groupes les plus exposés au risque tels que les consommateurs de drogues injectables, les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes.*

---

C'est le **Soudan** qui connaît, de loin, la plus importante épidémie de SIDA de cette région. Le taux de prévalence du VIH chez l'adulte était de 1,6% [0,8%-2,7%] en 2005 et quelque 350 000 [170 000-580 000] personnes vivaient avec le VIH, la majorité d'entre elles dans le sud du pays. Des taux de prévalence du VIH supérieurs à 2% ont été relevés parmi

des femmes en consultations prénatales dans l'Etat du Nil Blanc, par exemple (Ministère de la Santé du Soudan, 2006). Il est à craindre que la transmission du VIH s'accélère et s'élargisse après plus de deux décennies de guerre, au fur et à mesure que les réfugiés et personnes déplacées reviennent à une vie normale. Par exemple, des taux de prévalence du VIH atteignant 4,4% ont été relevés parmi certains adultes autrefois déplacés à Yei dans le sud, le long de la frontière avec l'Ouganda (Kaiser et al., 2006). Un nombre accru d'activités de prévention sont mises en place dans le sud, y compris des initiatives de conseil et de test volontaires (à Juba, par exemple) et quelques sites de traitement sont maintenant ouverts.

Cependant, l'épidémie n'est pas confinée au sud (Ministère de la Santé du Soudan, 2005). Une étude réalisée en 2005 auprès d'officiers de police dans l'Etat de Khartoum, par exemple, a trouvé que 1% d'entre eux étaient infectés par le VIH. Les connaissances concernant le VIH étaient extrêmement limitées : seuls 2% des hommes savaient que les préservatifs peuvent prévenir la transmission du VIH (Abdelwahab, 2006). De plus, les rapports sexuels non protégés entre hommes semblent contribuer à l'épidémie dans l'Etat de Khartoum, selon une autre étude qui a relevé un taux de prévalence du VIH de 9,3% parmi des hommes qui ont des rapports sexuels avec des hommes. Presque tous les participants à l'étude ont affirmé avoir plus d'un partenaire sexuel et deux tiers déclaraient avoir échangé des faveurs sexuelles pour de l'argent. Un peu plus de la moitié des hommes n'étaient pas conscients du risque d'infection à VIH au cours de rapports sexuels anaux non protégés et seuls 3% d'entre eux disaient recourir systématiquement au préservatif (Elrashied, 2006).

Des niveaux élevés de prévalence du VIH parmi les consommateurs de drogues injectables ont été documentés dans plusieurs pays, notamment la **République islamique d'Iran** et la **Jamahiriyah arabe libyenne**. Mais la consommation de drogues existe dans plusieurs pays de cette région et l'uti-

lisation de matériel d'injection non stérile semble courante. Diverses études montrent qu'en **Algérie**, quatre consommateurs de drogues injectables sur 10 utilisent des seringues non stériles, et qu'ils sont cinq sur 10 en **Egypte** et au **Maroc**, et six sur 10 au **Liban**.

Etant donné le nombre important de consommateurs de drogues injectables en **République islamique d'Iran**—qui atteindrait 137 000, selon le Ministère de la Santé (Gheiratmand et al., 2006)—les forts taux d'infection à VIH relevés parmi les consommateurs de drogues injectables de ce pays sont particulièrement préoccupants. Près d'un consommateur de drogues injectables sur quatre (23%) participant récemment à une étude dans la capitale iranienne, Téhéran, s'est révélé infecté par le VIH (Zamani et al., 2006), tout comme 15% de ceux qui étaient sous traitement dans des centres de la même ville lors d'une étude précédente (Zamani et al., 2005). Dans ces deux cas, des antécédents d'utilisation de matériel d'injection non stérile en prison étaient le principal facteur de risque d'infection, ce qui souligne combien il est nécessaire de mettre en place des programmes de réduction des risques dans les prisons et autres établissements pénitentiaires. A Marvdasht, 85% des consommateurs de drogues injectables ont déclaré qu'ils avaient consommé de la drogue en prison et 19% qu'ils avaient utilisé pour cela du matériel d'injection non stérile (Day et al., 2006). Les autorités iraniennes ont reconnu que les prisons constituent un milieu à risque et des préservatifs ainsi qu'une thérapie de substitution sont offerts dans certains établissements pénitentiaires. Par ailleurs, d'autres recherches montrent des pratiques d'injection variant selon les groupes sociaux (entre 30% et 100% des consommateurs de drogues injectables utilisant du matériel d'injection non stérile, selon leur situation socio-économique)—ce qui nous rappelle la nécessité d'adapter les programmes de réduction des risques et autres programmes de lutte contre le VIH en conséquence (Razzaghi et al., 2006).

En **République islamique d'Iran**—comme ailleurs dans cette région—une proportion importante de jeunes, dont des consommateurs de drogues injectables, ont une activité sexuelle. Une majorité des consommateurs de drogues injectables en demande de traitement à Téhéran sont sexuellement actifs, pourtant la moitié seulement des consommateurs de drogues injectables participant à une étude en 2005 déclaraient avoir jamais utilisé un préservatif au cours des rapports sexuels (Zamani et al., 2005). Plus largement, quelque 28% de jeunes hommes de 15 à 18 ans participant à une autre étude étaient sexuellement actifs. Pourtant la moitié d'entre eux n'avaient jamais vu de préservatif et moins de la moitié savaient que les préserva-

tifs pouvaient prévenir les infections sexuellement transmissibles (Mohammadi et al., 2006). Lors d'une enquête auprès de jeunes lycéens à Téhéran, un tiers des répondants pensaient que le VIH pouvait être transmis par les moustiques et un cinquième croyaient qu'il est possible de contracter le virus dans les piscines publiques (Tavoosi et al., 2004). Une telle généralisation de l'ignorance et l'absence de comportements de protection exposent ces jeunes à un risque considérable d'infection à VIH.

La **République islamique d'Iran** a considérablement élargi sa riposte au SIDA ces dernières années. Les projets de distribution de seringues stériles et de traitement à la méthadone sont en cours et les dispensaires publics offrent maintenant gratuitement le conseil et le test VIH ainsi que des traitements. La **Jamahiriya arabe libyenne**, où un taux de prévalence du VIH de 18% a été relevé parmi des détenus (Sammud, 2005), devra faire de même et élargir sa riposte si elle entend maîtriser son épidémie de VIH.

Les rapports sexuels non protégés (y compris lors de rapports tarifés et entre hommes) sont l'autre grand moteur des épidémies de la région. Des niveaux d'infection de 9%-10%, 2,2% et 4,4% ont été observés parmi les professionnelles du sexe à Saida et Tamanrasset en **Algérie** (Fares et al., 2004), au **Maroc** (Ministère de la Santé du Maroc, 2005) et au **Soudan** (Ministère fédéral de la Santé du Soudan, 2002), respectivement. En **Algérie** et au **Maroc**, les rapports sexuels non protégés sont responsables de la majorité des infections à VIH notifiées et les femmes constituent une proportion croissante des personnes vivant avec le VIH (Ministère de la Santé du Maroc, 2005). Dans certaines consultations prénatales du sud de l'Algérie, plus de 1% des femmes enceintes se sont révélées séropositives au VIH (Institut de Formation Paramédicale de Parnet, 2004). En **Arabie saoudite**, près de la moitié (46%) des cas de VIH notifiés ont été imputés aux rapports sexuels non protégés. Dans ce pays, deux tiers (67%) de tous les cas de VIH ont été notifiés dans trois villes : Djedda, Riyad et Dammam (Al-Mazrou et al., 2005).

Des programmes efficaces de prévention du VIH destinés aux populations les plus exposées au risque peuvent encore éviter des épidémies de VIH plus généralisées et plus graves dans un certain nombre de pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord. Les progrès faits pour fournir des thérapies anti-rétrovirales restent lents dans cette région et on estime que 4000 personnes seulement étaient sous traitement à fin 2005 (par rapport à 1000 environ à fin 2003). On estime que quelque 75 000 personnes de cette région auraient besoin d'une thérapie anti-rétrovirale (OMS/ONUSIDA, 2006).