

26893

Le Sida au Moyen-Orient et en Afrique du Nord

Les coûts de l'inaction

Carol Jenkins et David A. Robalino



BANQUE MONDIALE



EDITIONS ESKA

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

Public Disclosure Authorized

Le Sida au Moyen-Orient et en Afrique du Nord

Les coûts de l'inaction

Carol Jenkins
David A. Robalino

Traduction de Marc Rozenbaum



Banque Mondiale



Éditions ESKA

© 2004 The International Bank for Reconstruction and Development /
The World Bank
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433
Telephone : 202-473-1000
Internet : www.worldbank.org
E-mail: feedback@worldbank.org

All rights reserved.

© 2004 Editions ESKA
12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris

Tous droits réservés.

This work was originally published by the World Bank in English as *HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The Costs of Inaction* in 2003. This French translation was arranged by Editions ESKA. In case of any discrepancies, the original language will govern.

Ce livre a d'abord été publié par la Banque Mondiale en version anglaise sous le titre *HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: The Costs of Inaction* en 2003. Cette traduction française est due aux Editions ESKA. En cas de divergence, seule la version originale fait foi.

Les résultats, interprétations et conclusions exprimés ici sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les vues du Conseil d'administration de la Banque Mondiale ou des gouvernements qu'il représente.

La Banque Mondiale ne peut pas garantir l'exactitude des données incluses dans cet ouvrage. Les frontières, couleurs, dénominations et autres informations exposées sur les différentes cartes de cet ouvrage n'impliquent, du côté de la Banque Mondiale, aucun jugement sur le statut légal d'aucun territoire, ou l'approbation ou l'acceptation de telles ou telles frontières.

Droits et autorisations

Le contenu de cet ouvrage est protégé. Aucune partie de cet ouvrage ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, incluant le photocopiage, l'enregistrement, ou l'insertion dans un système de recherche documentaire quelconque, sans avoir, au préalable obtenu l'accord de la Banque Mondiale. La Banque Mondiale encourage la propagation de cet ouvrage et concédera normalement la permission promptement.

Pour obtenir la permission de photocopier ou de réimprimer, veuillez adresser votre demande avec des informations complètes à Copyright Clearance Center Inc., 222 Rosewood Drive, Danvers, MA 01923, USA, téléphone 978-750-8400, fax 978-750-4470, www.copyright.com.

Toutes autres demandes sur les droits et licences, y compris les droits subsidiaires devront être adressées au Bureau des Publications : Office of the Publisher, World Bank, 1818 H Street, NW, Washington, DC 20433, USA, fax 202-522-2422, e-mail pubrights@worldbank.org.

Photo de Couverture : © Dave Bartruff/CORBIS

ISBN 0-8213-5578-3 (version anglaise Banque Mondiale)

ISBN 2-7472-0644-0 - © Éditions ESKA 2004

Le Sida au Moyen-Orient et en Afrique du Nord

Sommaire

Préface	ix
Acronymes et Abréviations	xi
Résumé	xiii
Introduction	1
1. L'expérience du sida au niveau mondial	3
Note	11
2. Étude du problème du sida dans la région Moyen-Orient/ Afrique du Nord/Méditerranée orientale	13
Le besoin d'une surveillance de deuxième génération	18
Notes	20
3. Une typologie des facteurs de risque	25
Les groupes à risque	25
<i>Les utilisateurs de drogues injectables</i>	26
<i>La prostitution</i>	29
<i>Les homosexuels</i>	32
Les groupes vulnérables	33
Les migrants	33
La jeunesse	37
Les malades atteints de MST	41
La vulnérabilité structurelle	43
Notes	46

4. Évaluer l'impact économique potentiel du sida sur la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/ Méditerranée orientale	47
Analyse exploratoire des déterminants socioéconomiques des niveaux de prévalence du VIH	48
Les conséquences socioéconomiques éventuelles de l'épidémie de sida	52
Les impacts sur les dépenses de santé	61
Les implications en termes de lutte contre la pauvreté	62
Les implications politiques	64
Notes	67
5. Comment lutter contre le sida	69
Les systèmes de santé nationaux	70
Les autres secteurs	73
Les organisations non-gouvernementales internationales et locales	74
Le secteur privé	77
Les organes des Nations Unies	77
Les donateurs bilatéraux	79
6. Un chemin à suivre	81
Donner davantage la priorité à la lutte contre le sida	81
Atteindre les populations non-visibles	84
Réduire la vulnérabilité des personnes qui migrent	86
Promouvoir une information pratique et des moyens de prévention	87
Rendre la jeunesse moins vulnérable	88
Les soins et l'assistance	88
Les facteurs structurels	89
Travailler avec les collectivités	89
Le contrôle et l'évaluation	90
Le temps nécessaire	90
Financer l'effort	90
Les prochaines étapes dans l'immédiat	91
Annexe technique	93
Références	129
Index	165
Encadrés	
1.1 Népal : Trop peu, et trop tard	7
1.2 La surveillance du sida : le cas de l'Indonésie	8

1.3	La recherche sur les comportements et le VIH dans une société conservatrice : l'expérience du Bangladesh	10
2.1	Profil épidémiologiques relatifs au VIH pour la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale	20
3.1	Les utilisateurs de drogue injectable en Egypte	28
3.2	Les homosexuels en Egypte	32
3.3	La jeunesse en Egypte	40
5.1	L'évaluation de la situation et des besoins au Yémen	72
5.2	Les programmes de conseil et de dépistage volontaire et les programmes de réduction des dommages en Iran	75
5.3	Tunisie : la jeunesse et les préservatifs	76
6.1	La planification stratégique de la lutte contre le sida au Maroc	82
6.2	Agir auprès des homosexuels au Maroc et au Bangladesh	85

Figures

1.1	L'épidémie invisible au Népal : Prévalence du sida chez les toxicomanes utilisateurs de seringues et les prostituées à Katmandou	5
1.2	Prévalence du VIH chez les donneurs de sang en Indonésie	9
2.1	Nombre total de cas de sida répertoriés pour 100 000 habitants dans une sélection de pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, et comparaison avec des pays d'Afrique de l'Est	14
3.1	Évolution de la prévalence de la séropositivité (VIH) parmi les hôtes des bars et les prostituées entre 1987 et 1996 à Djibouti	31
3.2	Incidence annuelle estimée des MST : Afrique, Moyen-Orient et Djibouti	43
4.1	Pauvreté, inégalité et prévalence du sida	49
4.2	Inégalité des sexes et prévalence du sida	51
4.3	La sous-estimation potentielle de la prévalence actuelle du sida dans une sélection de pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale	53
4.4	Prévalence du sida et turnover de la main-d'œuvre	54
4.5	Coût annuel du traitement d'un malade du sida par rapport au coût annuel de l'éducation primaire	55
4.6	Un modèle de croissance pour évaluer les impacts macroéconomiques du sida	57
4.7	Illustration des profils de propagation de l'épidémie de sida dans les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale	58
4.8	Jordanie : Les prévisions plausibles pour la prévalence du sida	59
4.9	Les dépenses de santé moyennes pour le sida en 2015	62
4.10	Nombre d'individus, dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, qui resteraient au-dessous du seuil de pauvreté à cause du VIH	64
4.11	Les avantages d'une possibilité accrue d'utiliser des préservatifs	

et d'utiliser des seringues non-contaminées pour les IDU, et les coûts d'un retard dans l'intervention	66
A.1 Distribution des pertes de PIB (entre 2000 et 2025) dues à l'épidémie de sida	109
A.2 Distribution des réductions du taux de croissance du PIB (2000-2025) dues à l'épidémie de sida	112
A.3 Distribution des réductions d'effectif sur la population active en 2025	115
A.4 Distribution du niveau de prévalence du sida en 2015	118
A.5 Distribution des dépenses de santé liées au sida en 2015	121

Tables

1.1 Variation de la prévalence globale du VIH au niveau régional, en décembre 2002	4
2.1 Nombre de cas de sida répertoriés sur la région Moyen-Orient/ Afrique du Nord /Méditerranée orientale entre 1987 et 2001	15
2.2 Profils épidémiologiques du sida dans les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale	21
3.1 Sélection d'indicateurs du développement par pays et Indice du développement humain	44
4.1 Population disposant pour vivre de moins de 2 \$ US par jour, par région du monde	50
4.2 Les impacts économiques de l'épidémie de sida	60
A.1 Estimations du modèle 1	94
A.2 Estimations du modèle 2	94
A.3 Estimations du modèle 2, en tenant compte de la participation des femmes à la population active	95
A.4 Les paramètres du modèle	104
A.5 Nombre moyen de partenaires et d'occurrences de rapports sexuels par an	107
A.6 Probabilités de transmission du sida	107
A.7 Statistiques descriptives pour les variables de sortie : <i>statu quo</i>	108
A.8 Deux mesures classiques : distribuer des préservatifs et distribuer des seringues	125
A.9 Les coûts unitaires pour la mesure consistant à distribuer des seringues	125
A.10 Les variables de sortie lorsque des mesures sont appliquées	126
A.11 Les variables de sortie lorsque des mesures sont retardées de 5 ans	128

Préface

Le présent ouvrage est le résultat d'un effort conjoint de la part de la Banque mondiale, du Programme commun des Nations Unies contre le sida (UNAIDS) et du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour la Méditerranée orientale (OMS /EMRO). Il a été réalisé sous la direction de Maryse Pierre-Louis, spécialiste principale de la santé publique et de Francisca Ayodeji Akala, spécialiste de la santé publique, Région Moyen-Orient et Afrique du Nord, Secteur du développement humain, Banque mondiale (MNSHD), par Carol Jenkins, consultant de la Banque mondiale et conseiller régional sida USAID Asie /Proche-Orient et David A. Robalino, économiste senior, MNSHD, Banque mondiale. Jacques Baudouy, Directeur de secteur, MNSHD, et George Schieber, économiste en chef, Responsable santé et protection sociale, MNSHD, ont apporté de précieux commentaires pour l'amélioration du document. Les travaux ont été soumis à la critique de Debrework Zewdie, conseiller sida à la Banque mondiale, Mead Over, économiste senior, Economie du développement, Banque mondiale, Oussama Tawil, responsable d'équipe, Equipe internationale de l'UNAIDS pour la région MENA, Le Caire, et Jihane Tawilah, conseiller régional, sida et MST, OMS /EMRO. Henriette Folquet et Darcy Gallucio, assistants, MNSHD, ont apporté leur contribution à la présentation du document.

Le travail de terrain étant limité, il était de première importance de rassembler une information provenant de sources crédibles. Après une présentation des principaux résultats de cette étude à la Conférence régionale sur la santé publique de la région MENA qui s'est tenue à Beyrouth en juin 2002, ainsi qu'à la XIV^e conférence internationale sur le sida qui s'est tenue à Barcelone en juillet 2002, un effort important a été réalisé pour en mettre à jour le contenu, en vue d'une publication. Entre février et mai 2003, de nombreuses personnes ont contribué à cet effort. Nous sommes particulièrement reconnaissants à Jihane Tawilah de nous avoir fourni les statistiques épidémiologiques les plus récentes pour la région de l'Est de la Méditerranée, et à Oussama Tawil de nous avoir fourni une information à jour concernant les réactions changeantes dans la région et pour en avoir révisé dans le détail le contenu. A Genève, Neff Walker (UNAIDS) et Ties Boerma (OMS) ont répondu rapidement à nos sollicitations.

Les visites sur place, bien qu'elles se soient limitées à Djibouti, à l'Égypte, à la Tunisie et au Yémen, ont été d'une utilité considérable. Dans ces pays, l'aide d'un certain nombre de personnes nous a été particulièrement précieuse. Nous aimerions citer les personnes suivantes :

A Djibouti : Pierre Luigi, du Programme alimentaire mondial ; Samira Ali Higo et Michel Etchepare, consultants de la Banque mondiale, et le Dr A. Sow, de l'OMS.

En Égypte : le Dr Saleh, de l'OMS /EMRO ; le Dr Cherif Soliman, de Family Health International ; le Dr Sussan Bassiri, de l'OMS /EMRO ; Wolfgang Schiefer, du Bureau des drogues et de la criminalité des Nations Unies (UNODCCP) ; le Dr Maha Aladowy, de la Fondation Ford ; Karima Haluf, du Population Council ; le Dr Alaa Hamed, de la Banque mondiale ; le Dr Nasr el-Sayed, du Programme national de lutte contre le sida, et Mark White, de l'USAID.

En Tunisie : le Dr Mourad Ghachem, du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) ; Hélène Zoughlami, de l'UNFPA ; le Dr Amel Ben Said, du Ministère de la santé publique ; le Dr Zied Latiri, Directeur de la Communication, Bureau national de la famille et de la population, Ministère de la santé publique ; Elizabeth Bennou, de la Fédération internationale pour la planification familiale ; Ariel Français, du Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), et Fatma Felah, de la Banque mondiale.

Au Yémen : Amer Majeed Abdul, de l'UNAIDS /PNUD ; le Dr Rogers Busulwa, de la Coopération internationale pour le développement ; Hashem Awnallah, de la Banque mondiale, et Abdul Wahab Anisi, du Centre national pour l'éducation à la santé.

Abréviations et acronymes

EMRO	Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale
GFATM	Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et la malaria
HIV	cf. VIH
IDU	Injecting drug users (toxicomanes utilisateurs de seringues)
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
MST	Maladies sexuellement transmissibles
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation(s) non gouvernementale(s)
ONU	Organisation des Nations Unies
PIB	Produit intérieur brut
PNUD	Projet des Nations Unies pour le développement
SIDA	Syndrome immunodéficitaire acquis
UNAIDS	Programme commun des Nations Unies contre le sida (ONUSIDA)
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNHCR	Haut commissariat des Nations Unies aux réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNODC	Bureau des drogues et de la criminalité des Nations Unies
USAID	Agence américaine pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Résumé

Le présent ouvrage traite du problème du syndrome immunodéficientaire acquis (sida) au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et à l'est de la méditerranée, et son objectif est de stimuler la discussion et de promouvoir le dialogue entre les décideurs et responsables politiques dans ces régions. Il s'agit de définir le cadre d'une action stratégique multi-sectorielle pour lutter contre les comportements qui favorisent la propagation du virus de l'immunodéficience humaine (HIV ou VIH), pour soigner et aider les personnes contaminées et pour rendre certains segments de la société moins vulnérables. Si la plupart des observations laissent penser que d'une manière générale, la prévalence du sida dans cette région est faible, il importe cependant d'investir davantage, dès à présent, dans des moyens de surveillance, de prévention et de soins : pour que les niveaux de prévalence restent faibles, et pour que la priorité puisse être toujours donnée aux objectifs de développement, au plan national comme au plan régional.

La publication de cet ouvrage est le résultat d'un effort conjoint de la part de la Banque mondiale, du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour la Méditerranée orientale (EMRO) et du Programme commun des Nations Unies contre le sida (UNAIDS). Des entretiens ont eu lieu avec 51 personnes - parmi lesquelles des donateurs bilatéraux et des membres des gouvernements, des agences de l'ONU et des organisations non-gouvernementales internationales - dans quatre pays de cette région (Djibouti, Egypte, Tunisie et Yémen) et à Genève, entre le 18 août et le 20 septembre 2001. Une mise à jour a été faite début 2003. Des documents ont été rassemblés à partir de toutes les sources appropriées, plus particulièrement l'OMS, l'UNAIDS, la Base de données sur le sida de l'U.S. Census Bureau et le Bureau des drogues et de la criminalité des Nations Unies (UNODC). Du fait qu'il n'ait pas été possible de disposer de toute l'information relative à chaque pays de la région à partir de chacune de ces sources, certaines disparités sont inévitables et certaines imprécisions peuvent se produire.

L'expérience mondiale de la lutte contre le sida

En 1991, compte tenu des connaissances acquises à cette époque, les experts estimaient que globalement, en 2000, 15 à 20 millions d'adultes et 5 à 10 millions d'enfants seraient contaminés par le sida. A la fin de l'année 2002, selon l'UNAIDS et l'OMS, 42 millions de gens étaient atteints du virus et 5 millions de personnes avaient été contaminées au cours de l'année. L'écart substantiel entre les prévisions antérieures et les estimations actuelles reflète à la fois la diffusion inattendue du virus et l'inadéquation des statistiques utilisées pour suivre l'épidémie. Le VIH ne se propage pas toujours rapidement, mais il peut le faire lorsque les conditions le lui permettent. Dans la plus grande partie de l'Afrique, de la Russie, de l'Asie centrale, de l'Europe de l'Est, de la Chine et d'autres régions, l'évolution sociale et économique favorise la propagation du virus. L'épidémie du sida est surtout favorisée par les vastes mouvements migratoires, les guerres, les crises économiques et autres événements qui compromettent la stabilité de la société. D'après les estimations UNAIDS/OMS, la part de la population adulte mondiale actuellement contaminée par le VIH serait de 1,2 %, et tous les experts sont d'accord pour considérer que les pires effets, en termes de pandémie, restent à venir.

C'est lorsque le gouvernement est attentif au problème, assure l'information et les services et travaille de concert avec les organisations représentatives des collectivités affectées que la société est le mieux à même de se défendre contre le VIH et d'empêcher sa propagation. Le sida n'est pas un simple agent pathogène pour lequel une approche typique de la santé publique peut convenir, et les services de santé ne peuvent pas à eux seuls affronter l'ensemble des problèmes qui rendent la société vulnérable. Il faut une réponse coordonnée et multisectorielle impliquant les ministères concernés, les organisations non-gouvernementales et communautaires, les donateurs bilatéraux et les agences de l'ONU.

L'expérience collective de ces 20 dernières années a montré qu'il était possible de freiner la propagation du sida et de ses effets grâce à une approche permettant de réduire le risque, la vulnérabilité et l'impact de la maladie, ce que reflète le Cadre stratégique global de l'ONU. Pour réussir, un engagement politique aux plus hauts niveaux s'impose. Pour mettre en œuvre des programmes de la meilleure manière possible, il faut parvenir au bon dosage entre les processus politiques, la collaboration des bailleurs de fonds et la collaboration entre les gouvernements et les acteurs de la société civile.

Une opportunité pour la prévention du sida : la situation dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/ Méditerranée orientale

En 2002, selon les estimations UNAIDS/OMS, environ 83 000 personnes ont été contaminées par le VIH dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale¹, et dans cette région, près de 0,3 % des adultes sont actuellement contaminés

(UNAIDS/OMS, 2002a). Des observations récentes tendent à montrer que l'incidence des maladies sexuellement transmissibles, parmi lesquelles le sida, est en hausse, et que le nombre total de décès à cause du sida a été presque multiplié par six depuis le début des années quatre-vingt-dix. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la région, en 1998, le sida était la troisième cause de morbidité chez les individus âgés de 14 à 44 ans. Les taux d'infection par le VIH sont aussi en hausse chez les patients atteints de tuberculose, et au milieu de l'année 2001, ils atteignaient 26 % à Djibouti, 4,2 % en Iran et 4,8 % à Oman (OMS/EMRO, 2001a). Enfin, on a pu observer entre 2001 et 2002 une recrudescence inquiétante du sida chez les toxicomanes, aussi bien en Iran qu'en Libye.

Si ces chiffres régionaux restent relativement faibles comparés à ceux de l'Afrique, de l'Asie du Sud, du Sud-Est asiatique et des Antilles, une faible prévalence ne signifie pas un faible risque. L'inadéquation des méthodes de surveillance, une faiblesse que l'on retrouve dans toute cette région, peut déboucher sur des épidémies dans les couches sociales marginalisées. Par ailleurs, *même dans les pays où la prévalence est faible, la situation peut changer rapidement, comme cela s'est produit en Indonésie ou au Népal*. Etant donné que l'épidémie de sida a tendance à croître de manière exponentielle, les experts considèrent que les pires effets, en termes de pandémie, restent à venir. *Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, les facteurs de risque sont suffisamment évidents dans un certain nombre de pays pour justifier des investissements immédiats dans des programmes de prévention améliorée*. Les manifestations épidémiques du sida sont aussi fonction des facteurs économiques et sociaux et de leur évolution, et il importe de se rendre compte que dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, les méthodes de surveillance actuelles ne permettront pas de détecter les changements significatifs là où ils ont le plus de chances de se produire. Le coût de l'épidémie pour la société et pour le développement économique peut être considérable : en comparaison, une bonne surveillance et des programmes de prévention efficaces sont tout à fait rentables.

Malheureusement, les formes essentiellement obligatoires de dépistage n'ont jamais permis que de faibles niveaux de détection des infections, les statistiques appropriées concernant les comportements font défaut, et les gouvernements de cette région comptent trop sur les effets protecteurs d'un conservatisme social et culturel. Compte tenu de cet ensemble de facteurs, un faible niveau de priorité est accordé au sida. Globalement, des données consistantes justifient un investissement multisectoriel dans une prévention plus intense, même si la prévalence est faible. Attendre que se produise une certaine hausse de la prévalence est un mauvais calcul, les coûts devenant alors considérables au plan humain, au plan du développement et au plan financier. Il se peut qu'une épidémie se prépare, et il sera alors trop tard pour prévenir d'inévitables dégradations du bien-être humain et de la stabilité sociale, ainsi que des pertes de productivité du travail, des pertes d'investissement en capital et une diminution de la disponibilité de la main-d'œuvre.

Une étude approfondie des statistiques disponibles montre de nombreux écarts et diverses disparités du point de vue épidémiologique. Ainsi, par exemple, dans aucun pays, il n'est procédé de manière systématique à un échantillonnage et à des enquêtes auprès des couches de la population les plus exposées au risque : on soumet plutôt la population générale, représentée par des groupes à faible risque comme les futures mères et les donneurs de sang, à un dépistage étendu. Si ce type de surveillance peut être profitable aux pays dans lesquels la prévalence est élevée, on risque de ne pas prendre en compte les taux en hausse de contamination par le VIH au sein des couches de la population les moins visibles ou les plus marginalisées d'un pays où l'on considère que la prévalence est faible. L'UNAIDS/OMS recommande une *surveillance de deuxième génération*, sous forme de surveillance ciblée de la séropositivité, de surveillance comportementale et de surveillance de la contamination sexuelle, pour révéler l'épidémie lorsqu'elle émerge au sein des couches de la population les plus exposées et pour identifier les couches susceptibles d'être les plus exposées dans un avenir immédiat. Instituer ce type de surveillance suppose une collaboration considérable avec les organisations non-gouvernementales (ONG), les groupes communautaires et les chercheurs en sciences sociales, pour pouvoir accéder à des couches de la population qui, autrement, seraient marginalisées. Cependant, pour parvenir à une vision essentielle et réaliste de leurs situations respectives, les pays concernés doivent surmonter les obstacles qui s'opposent à une collaboration avec ces groupes, et ils peuvent avoir besoin pour cela d'une aide technique adaptée.

En travaillant avec l'information disponible, nous nous sommes efforcés d'établir une classification grossière des types d'épidémie par pays, sur la base des statistiques les plus récentes et les moins ambiguës pour la période comprise entre la fin de l'année 1999 et le milieu de l'année 2001. Globalement, si les cas les plus précoces ont été détectés parmi les étrangers et les émigrés revenus dans leur pays, le VIH a maintenant commencé à se répandre dans la population de tous les pays de la région. Les tendances ne sont pas stabilisées, et l'on observe une proportion croissante de cas de transmission sexuelle. Il se peut bien que ces cas soient le résultat d'une propagation à partir d'accumulations antérieures de cas parmi les toxicomanes utilisateurs de seringues (IDU), et en second lieu parmi leurs partenaires sexuels, comme on a pu le montrer en Asie (Saidel et autres, 2003). De plus en plus souvent, la contamination atteint une proportion égale d'hommes et de femmes. On observe à Djibouti un des niveaux de prévalence du VIH les plus élevés et le plus haut taux de transmission sexuelle. Dans au moins la moitié de ces pays, on s'est occupé de manière significative, dans le passé, des IDU, et cela se poursuit dans certains pays. Les autres couches de la population contaminées sont les hommes homosexuels, les prostituées et leurs clients, les détenus (qui sont souvent toxicomanes) et les individus atteints de maladies sexuellement transmissibles (MST).

La vulnérabilité sociale et structurelle dans cette région

Sans une recherche adéquate dans le domaine du social et du comportement, il n'est pas possible de planifier et de réaliser des programmes efficaces de prévention du sida. Les travaux qui ont été publiés, relatifs à l'expansion du VIH dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, traitent la plupart du temps de questions cliniques et biomédicales comme la transmission par la dialyse. Dans cette région, peu de travaux substantiels relatifs au VIH, dans le domaine du social et du comportement, ont été réalisés. Concevoir, mettre en place et contrôler des programmes de prévention sans disposer d'information sur le comportement sexuel ni sur les tendances en matière de toxicomanie d'une population et de ses sous-ensembles est une tâche vaine. Si le savoir-faire nécessaire pour réaliser de telles recherches existe dans la plupart des pays de la région, un soutien institutionnel et politique fait désespérément défaut.

En nous fondant sur les rares travaux dont nous avons pu disposer et sur diverses autres sources d'information, nous avons établi une typologie des facteurs de risque. Il convient de remarquer qu'une grande partie de cette information n'est pas publiée, n'est pas scientifique ou est anecdotique, ce qui met en évidence le grand besoin d'une recherche digne de ce nom. Pour dire les choses simplement, les gens risquent d'être contaminés par le VIH à cause de ce qu'ils font ou de ce qu'ils sont susceptibles de faire s'ils se retrouvent dans une situation qui les y incite. Nous avons identifié deux groupes principaux : un groupe à risque et un groupe vulnérable. Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, comme ailleurs, ce sont les personnes connues pour avoir un comportement risqué, comme les prostituées, leurs clients, les IDU, les hommes homosexuels et les individus atteints d'une MST qui sont à considérer d'emblée comme des sujets à risque. Si ces personnes représentent probablement une minorité, tout groupe de ce type peut constituer le point de départ d'une propagation vers le reste de la population, selon l'étendue et la nature des réseaux et des liens sociaux. Les stratégies de prévention diffèrent considérablement pour ces différents groupes. Les facteurs de risque associés à ces sous-groupes de la population doivent être recherchés et mis en évidence si l'on veut pouvoir les affronter efficacement.

Le groupe suivant comprend ceux que l'on peut considérer comme vulnérables, c'est-à-dire les personnes qui peuvent se trouver exposées lorsque leurs conditions de vie changent. Il s'agit par exemple des personnes qui émigrent pour travailler à l'étranger, des réfugiés, de certains travailleurs itinérants comme les camionneurs, des touristes qui voyagent pour trouver des distractions, des toxicomanes qui n'utilisent pas de seringues mais qui sont susceptibles de commencer à en utiliser lorsque la drogue devient plus accessible ou son prix plus abordable, et des jeunes en général, dans la mesure où une certaine proportion d'entre eux est vouée à avoir des relations sexuelles en dehors d'un contexte conjugal dans certaines conditions. Réduire la vulnérabilité des membres de ces catégories sociales fait partie intégrante de la prévention du sida. Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, les problèmes de sida qui concernent

les émigrants, les personnes déplacées et les réfugiés ont une importance particulière. Compte tenu du nombre important de travailleurs émigrés, la prévention du sida revêt une dimension véritablement internationale et doit être envisagée comme telle.

Si un nombre significatif de pays de la région se sont intéressés à la propagation du VIH parmi les IDU, par exemple, rares sont les pays ayant sérieusement tenté de déterminer le nombre d'individus à considérer comme étant à risque, leur localisation et la manière dont il serait possible de les faire bénéficier de l'information et des services. Sur le court terme, les conséquences négatives que l'on peut craindre de la connaissance du public de ces activités peuvent être un vrai problème, mais sur le long terme, l'inaction peut avoir un impact défavorable sur les programmes de prévention du sida. Le fait de savoir comment atteindre les sous-groupes à risque et les sous-groupes vulnérables de manière discrète et non ostensible constituerait une contribution significative aux programmes nationaux de lutte contre le sida dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale. Un tel effort nécessite un processus politique et un engagement politique particuliers, la collaboration créative des ONG, des chercheurs en sciences sociales, des agents des services sociaux et des gestionnaires des programmes de lutte contre le sida.

Des facteurs structurels comme la faiblesse et les dysfonctionnements des systèmes de soins, des taux de chômage élevés, un manque d'accès à l'information et aux préservatifs et des traitements inadéquats des MST et de la dépendance vis-à-vis de la drogue contribuent aussi à accroître la vulnérabilité globale. Il existe également d'autres facteurs structurels comme les contraintes légales pesant sur les ONG dans certains pays, et les politiques de santé qui désavantagent les jeunes et les célibataires, les pauvres, ou ceux qui ne sont pas citoyens. De manière générale, les mesures politiques et les cadres légaux pour la protection des personnes séropositives font défaut, surtout sur les lieux de travail. Dans chaque situation, les politiques appropriées peuvent impliquer une étude et des changements pour éliminer les obstacles au progrès de la prévention et des soins. Dans cette région, il convient de mettre en évidence les besoins particuliers des réfugiés et autres personnes déplacées pour cause de conflits. Les autorités chargées de la santé publique ne peuvent ignorer les risques de propagation du virus des personnes migrantes (légalement ou non) vers leurs populations locales.

L'impact macroéconomique

Le coût humain du sida n'est pas calculable. Il comprend la douleur et la culpabilité qui entourent les relations personnelles et intimes ainsi que les menaces qui pèsent sur la sécurité sociale et politique au niveau de l'Etat. Il est néanmoins éclairant d'examiner les coûts et les pertes *pouvant* être calculés, car ils sont considérables aussi, et peuvent avoir un impact important sur l'avenir d'une nation.

Si l'on se réfère aux estimations les plus récemment publiées de la prévalence du sida, les pertes en termes de produit intérieur brut (PIB) et de consommation résultant de la

propagation du sida pourraient être significatives dans un certain nombre de pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale. Fondés sur des statistiques provenant de neuf pays de cette région (Algérie, Djibouti, Egypte, Iran, Jordanie, Liban, Maroc, Tunisie, Yémen), des calculs pour une vaste série de scénarios de propagation indiquent que le taux de croissance moyen du PIB potentiel pourrait se trouver réduit de 0,2 % à 1,5 % par an sur la période 2002-2025. Les pertes futures en production et en consommation potentielles sur cette période pourraient être équivalentes à 35 % du PIB actuel, même si l'on s'en tient à des hypothèses prudentes. Ces pertes se produisent lorsqu'une hausse de la mortalité et de la morbidité réduit la productivité du travail, lorsque les investissements en capital se réduisent et lorsque la main-d'œuvre se restreint.

L'analyse révèle aussi la possibilité d'un impact considérable sur les dépenses de santé. En 2015, on peut prévoir que les dépenses annuelles destinées au traitement de l'ensemble des malades du sida augmentent de 1,2 % du PIB en moyenne - même avec une utilisation limitée des médicaments anti-rétrovirus. Il est possible de trouver, dans certains cas, des dépenses pour le sida dépassant 5 % du PIB.

Les gouvernements ont un rôle fondamental à jouer dans le développement, le financement et la mise en œuvre de mesures de lutte contre le sida. En fait, les individus ne peuvent pas disposer eux-mêmes des mécanismes appropriés pour contenir l'épidémie. *Pour atteindre des résultats significatifs, les gouvernements ne peuvent agir que dans la mesure où des interventions rentables sont envisageables. Heureusement, l'expérience mondiale montre que des stratégies de prévention peu coûteuses peuvent être efficaces pour freiner la propagation du sida.* En ce qui concerne les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, notre analyse montre qu'en généralisant l'usage du préservatif et en permettant aux IDU de disposer d'aiguilles non contaminées, on peut réaliser des économies équivalentes à 20 % du PIB actuel. Nous montrons aussi qu'en retardant la mise en œuvre de ces mesures, on risque d'engendrer, sur la période 2000-2015, des coûts cumulés équivalant à 1,5 % du PIB actuel par année de retard. Les principaux messages qui ressortent de ces analyses sont les suivants :

- Le risque de hausse de la prévalence du sida dans les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale est réel.
- Les coûts prévisionnels sur les 25 prochaines années pourraient être considérables - de l'ordre de 35 % du PIB actuel, même si l'on s'en tient à des hypothèses prudentes.
- Il est possible de prendre des mesures efficaces pour prévenir la propagation de l'épidémie, et les économies que permettraient ces mesures en compenseraient largement les coûts.
- Enfin, *c'est dès aujourd'hui qu'il faut agir*, pendant que les taux de prévalence sont encore faibles.

Les réponses

La programmation dans le temps est une chose essentielle. Pendant qu'au niveau national, la surveillance du VIH se concentre sur des groupes à risque relativement réduit, le virus peut gagner d'autres couches de la population. Il faut un certain nombre d'années, surtout dans un contexte de faible prévalence, pour convaincre les individus exposés de changer leurs habitudes. Il faut plusieurs années pour développer les compétences lorsqu'elles sont encore restreintes et lorsque les ONG et les organisations communautaires ont peu d'expérience de la prévention du sida. Il importe de mobiliser le financement et de l'orienter efficacement, un effort qui suppose souvent de nouvelles structures administratives et de nouveaux mécanismes. Il faut que les responsables sociaux, politiques et religieux et les hommes d'affaires soient sensibilisés au problème, pour qu'ils favorisent l'émergence de conditions permettant des actions de prévention efficaces. En général, une évolution de la législation s'impose, et la réforme nécessaire prend du temps. Dans sa défense contre le sida, la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, sur la plupart de ses fronts, n'est pas prête.

A ce jour, sur la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, la plupart des décideurs politiques n'ont pas fait de l'investissement dans la prévention du sida une priorité. Bien que chaque pays de la région dispose d'une commission nationale pour le sida et bien que 14 des 18 pays concernés disposent de groupes thématiques de l'ONU, leur manière de procéder varie considérablement. La plupart des pays ont institué des dispositions pour sécuriser les transfusions, encore que dans certains pays cet effort reste partiel. Par ailleurs, dans certains pays, les tentatives d'instituer des précautions universelles et une gestion saine des déchets dans les services de santé ne sont pas adéquates. Dans divers pays, des mesures ont été prises pour la prise en charge médicale et pour l'assistance du public, et dans plusieurs pays, le traitement anti-rétrovirus est disponible. L'utilisation de ce traitement pour lutter contre la transmission du virus à l'enfant par la mère est cependant moins fréquente. Ces mesures ne constituent cependant que les fondements les plus élémentaires d'un plan viable de prévention du sida.

En ce qui concerne la tâche essentielle de lutter contre la honte et la discrimination, on a fait encore peu de choses, sauf pour les agents de santé dans quelques pays. Les actions d'éducation de la population, par rapport au sida, restent parcellaires et mettent rarement l'accent sur l'utilisation du préservatif pour la prévention. La promotion du préservatif est pratiquement inexistante dans cette région. Les actions ciblées et la surveillance systématique atteignent rarement les groupes à risque. On ne parle pas de la lutte contre les dangers auxquels sont exposés les IDU, l'Iran faisant exception. De manière générale, dans cette région, on n'a réagi qu'avec lenteur aux défis que représente le VIH.

L'impact de l'évolution des facteurs économiques et sociaux sur les épidémies de sida est important, et dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, les méthodes actuelles de surveillance ne permettent pas de détecter les changements là où ils ont le plus de chances de se produire.

Jusqu'à récemment, la réponse des agences de l'ONU est venue principalement de l'OMS/EMRO, qui a favorisé de nombreuses conférences, de petites études et des analyses de programmes de base depuis les années quatre-vingt. Un ou deux autres organes de l'ONU ont joué un rôle dans le soutien à la prévention du sida, soit dans une sélection de pays, soit dans le cadre de domaines d'action spécifiques comme l'éducation scolaire. Presque tous les autres organes de l'ONU admettent que leur implication à cette date reste limitée, mais que la situation est en train de changer. L'UNAIDS a commencé à financer une série d'actions à petite échelle, principalement à travers l'OMS/EMRO, dont la plupart n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation. De manière générale, dans cette région, les agences de l'ONU ne se sont impliquées que récemment dans le domaine du sida.

Rares sont les pays ayant développé une politique ou un plan stratégique national de lutte contre le sida impliquant l'ensemble des parties concernées, y compris la société civile et les couches de la population atteintes du virus. Malgré la présence des donateurs bilatéraux et de plusieurs ONG internationales et locales, le recours à ces organisations ne se fait pas de manière adéquate. Seuls quelques-uns de ces pays s'impliquent dans une prévention à une échelle suffisamment grande pour qu'il y ait un réel impact. Ainsi, par exemple, la Tunisie, avec un financement du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) par l'intermédiaire d'un consortium d'ONG, a lancé un projet pour les jeunes, comprenant des actions appropriées d'éducation et de sensibilisation, de conseil et de dépistage, la fourniture de préservatifs et des services de traitement des MST. Ce projet a permis de toucher 10 % des jeunes et est en cours d'extension pour toucher un public élargi. En Iran, pour contrer la hausse des taux de prévalence parmi les IDU, un plan à grande échelle a récemment été mis en place, comprenant le conseil et le dépistage volontaires, le traitement à la méthadone, des échanges de seringues et des activités associées comme des programmes de réduction de la demande de drogue. Le Maroc a mis en place un projet à grande échelle pour améliorer les services relatifs aux MST et a développé et validé un plan stratégique global. Djibouti est en train de se lancer dans un processus similaire, mais compte tenu de la généralisation de l'épidémie, des ressources considérables seront nécessaires pour réduire l'impact de la maladie sur un grand nombre de citoyens et de résidents. Le Soudan et le Yémen ont l'un et l'autre manifesté récemment une préoccupation publique et politique à propos du sida, un progrès qui est bienvenu. Au cours des deux premiers cycles d'octroi de dotations de la part du Fonds mondial pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), l'Iran, la Jordanie et le Maroc ont réussi à obtenir un financement.

Un chemin à suivre

Les actions qui s'imposent d'urgence dans chaque pays pour lutter efficacement contre le sida dépendent du stade de l'épidémie et d'autres questions d'ordre essentiellement

local. Pour un progrès par rapport à la situation actuelle, les recommandations que l'on peut faire sont les suivantes :

- Donner davantage la priorité au sida dans la recherche, les médias et les débats.
- Evaluer les résultats des programmes nationaux de lutte contre le sida et les MST et proposer des moyens de les renforcer.
- Développer des politiques nationales et des plans stratégiques, avec les budgets correspondants et l'identification des ressources possibles.
- Instituer une surveillance de deuxième génération, comprenant des enquêtes sur les MST et sur les habitudes des gens.
- Apprendre à mener des actions ciblées sur des groupes à risque d'une manière discrète et culturellement appropriée, en collaboration avec les ONG.
- Réduire la vulnérabilité des immigrants, des personnes déplacées, des populations nomades et des réfugiés. Les organes de l'ONU et les ONG internationales compétentes doivent être impliqués dans ces mesures, et il convient de commencer par réaliser des recherches pour évaluer les situations de risque, pour lancer ensuite un processus impliquant toutes les parties concernées, afin de définir des actions appropriées et coordonnées.
- Faire progresser la clarté de l'information et les moyens de protection, et prendre des mesures progressives pour le développement d'une forme appropriée de promotion des préservatifs.
- Développer des compétences durables et une éducation favorable à la réduction de la demande de stupéfiants, qui soit culturellement adaptée à la jeunesse concernée, qui soit efficace et qui tienne compte des facteurs structurels liés à la toxicomanie.
- Réduire la vulnérabilité des jeunes grâce à une planification multi-sectorielle qui ait un impact sur la santé dans le domaine de la sexualité et de la reproduction, un impact sur les taux de chômage, sur les coûts de l'éducation et l'accès à l'information, parmi d'autres questions fondamentales.
- Faire en sorte que des programmes de traitement anti-rétrovirus soient mis en place ainsi que des services de prévention adéquats.
- Donner du pouvoir aux collectivités affectées en facilitant le développement des ONG locales et une plus grande participation des personnes séropositives et malades du sida.
- Développer des réseaux de spécialistes à l'échelle de la région pour pouvoir satisfaire aux besoins techniques tout en développant les capacités locales.
- Développer des programmes fondés sur une connaissance solide du contexte, avec une plus grande participation d'un vaste ensemble de secteurs et de partenaires, s'attaquer aux facteurs de vulnérabilité et mettre en place des plans de contrôle et d'évaluation et des budgets.

- Promouvoir la durabilité future d'une prévalence limitée, grâce à des plans d'assurance ou grâce à d'autres systèmes de financement de la santé permettant d'assurer un accès équitable aux soins pour toutes les couches sociales de la population.
- Renforcer les systèmes d'information au niveau national afin de contrôler et d'évaluer la situation et les moyens de lutter contre le sida.
- Mobiliser des ressources financières et humaines supplémentaires pour soutenir les interventions au niveau national, par des efforts de collaboration impliquant un ensemble élargi de partenariats aux niveaux international, régional et national.

Ces actions nécessiteront les efforts conjoints d'un grand nombre de partenaires, dans divers secteurs, au sein de l'administration, des communautés, y compris les leaders religieux et autres autorités locales, les ONG internationales, les donateurs bilatéraux et plusieurs organes de l'ONU. Plus important, la coordination d'un tel programme suppose une implication politique aux plus hauts niveaux. Si ces conditions sont réalisées, il sera possible de contrer la menace que représente le sida pour les objectifs de développement de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale. C'est aujourd'hui qu'il faut agir : pendant que les niveaux de prévalence sont encore peu élevés.

Note

1. Dans le cadre du présent ouvrage, la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale comprend l'Algérie, l'Arabie Saoudite, le Bahreïn, Djibouti, l'Égypte, les Emirats arabes unis, l'Irak, l'Iran, la Jordanie, le Koweït, le Liban, la Libye, le Maroc, Oman, le Qatar, la Syrie, la Tunisie et le Yémen. Des informations sont également présentées concernant d'importants pays voisins situés dans la région de compétence des organes de l'ONU impliqués, comme EMRO (Soudan et Somalie) et l'UNICEF (Soudan seulement). Il n'est pas tenu compte de la Cisjordanie et Gaza (la Palestine) en raison de l'absence d'information adéquate pour les comparaisons.



Introduction

Le présent ouvrage traite du problème du syndrome immunodéficientaire acquis (sida) au Moyen-Orient, en Afrique du Nord et à l'est de la méditerranée, et son objectif est de stimuler la discussion et de promouvoir le dialogue entre les décideurs et responsables politiques dans ces régions. Il s'agit aussi de définir le cadre d'une action stratégique multi-sectorielle pour lutter contre les comportements qui favorisent la propagation du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), pour soigner et aider les personnes contaminées et pour rendre certains segments de la société moins vulnérables. Si la plupart des observations laissent penser que d'une manière générale, la prévalence du sida dans cette région est faible, investir davantage, dès à présent, dans des moyens de surveillance, de prévention et de soins peut permettre de faire en sorte que les niveaux de prévalence restent faibles, et cela peut être déterminant pour favoriser les objectifs de développement, au plan national comme au plan régional.

La publication de cet ouvrage est le résultat d'un effort conjoint de la part de la Banque mondiale, du Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour la Méditerranée orientale (EMRO) et du Programme commun des Nations Unies contre le sida (UNAIDS). Des entretiens ont eu lieu avec 51 personnes - parmi lesquelles des donateurs bilatéraux et des membres des gouvernements, des agences de l'ONU et des organisations non-gouvernementales internationales - dans quatre pays de cette région (Djibouti, Égypte, Tunisie et Yémen) et à Genève, entre le 18 août et le 20 septembre 2001. Des documents ont été rassemblés à partir de toutes les sources appropriées, plus particulièrement l'OMS, l'UNAIDS, la Base de données sur le sida de l'U.S. Census Bureau et le Bureau des drogues et de la criminalité des Nations Unies (UNODC). Du fait qu'il n'ait pas été possible de disposer de toute l'information relative à chaque pays de la région à partir de chacune de ces sources, certaines disparités sont inévitables et certaines imprécisions peuvent se produire. Une mise à jour a été faite début 2003.

Le chapitre 1 traite brièvement des tendances mondiales et met l'accent sur l'expérience des pays dans lesquels la prévalence est faible. Le chapitre 2 traite des statistiques épidémiologiques disponibles pour cette région : les pays y sont regroupés en fonction du stade probable de l'épidémie, et il est fait mention du peu d'information dont on dispose concer-

nant l'évolution génétique du virus dans la région. Le chapitre 3 développe une typologie des facteurs de risque à l'aide de l'information détaillée obtenue lors de quatre visites des pays concernés (Djibouti, Égypte, Tunisie et Yémen) et à l'aide également d'une bibliographie étendue qui couvre tous les pays de la région.¹ Ce chapitre traite des groupes humains dont on sait qu'ils sont caractérisés par un comportement à risque, ainsi que des populations vulnérables qui sont susceptibles d'être exposées, et les facteurs structurels qui contribuent à cette vulnérabilité sont étudiés. Au chapitre 4, nous présentons une modélisation de l'impact macroéconomique d'une série de scénarios de propagation du virus parmi les toxicomanes utilisateurs de seringues (IDU) et parmi les prostituées et les individus avec lesquels ces personnes sont en contact. Ce sont là les exemples les mieux cernés de groupes à risque, et ils sont appropriés à des pays spécifiques de la région concernée. Le chapitre 5 traite des mesures prises à ce jour du côté des systèmes de santé, des autres secteurs gouvernementaux, de l'ONU et des donateurs bilatéraux ainsi que des autres acteurs présents dans la région. Au chapitre 6, nous présentons des recommandations relatives aux prochaines étapes d'un processus destiné à faire progresser la situation des programmes en cours dans cette région. Nous présentons en conclusion une liste de référence étendue ayant servi de documentation préparatoire. Bien que nous ayons étudié de manière approfondie les documents qui ont servi à préparer le présent ouvrage, nous n'avons probablement pas eu accès à l'ensemble de l'information existante au niveau national, en raison des contraintes de temps, du nombre limité des visites sur place, et, dans certains cas, de la difficulté d'accéder à certains rapports.

Note

1. Dans le cadre du présent ouvrage, la région Moyen-Orient /Afrique du Nord /Méditerranée orientale comprend l'Algérie, l'Arabie Saoudite, le Bahreïn, Djibouti, l'Égypte, les Emirats arabes unis, l'Irak, l'Iran, la Jordanie, le Koweït, le Liban, la Libye, le Maroc, Oman, le Qatar, la Syrie, la Tunisie et le Yémen. Des informations sont également présentées concernant d'importants pays voisins situés dans la région de compétence des organes de l'ONU impliqués, comme EMRO (Soudan et Somalie) et l'UNICEF (Soudan seulement). Il n'est pas tenu compte de la Cisjordanie et Gaza (la Palestine) en raison de l'absence d'information adéquate pour les comparaisons.

L'expérience du sida au niveau mondial

En 1991, compte tenu de la connaissance acquise à l'époque, les experts estimaient qu'en 2000, 15 à 20 millions d'adultes et 5 à 10 millions d'enfants seraient contaminés par le sida (UNAIDS/OMS, 2001). À la fin de l'année 2002, selon l'UNAIDS et l'OMS, 42 millions de gens étaient atteints du virus et 5 millions de personnes avaient été contaminées au cours de l'année : près de la moitié des personnes contaminées étaient des femmes. Le taux de prévalence dans le monde, pour les adultes, avait atteint 1,2 %. La grande différence entre les prévisions antérieures et les estimations actuelles reflète à la fois la diffusion inattendue du virus et l'inadéquation des statistiques utilisées pour suivre l'épidémie. Le virus (VIH) ne se propage pas toujours rapidement, mais il peut le faire lorsque les conditions le lui permettent. Dans la plus grande partie de l'Afrique, de la Russie, de l'Asie centrale, de l'Europe de l'Est, de la Chine et d'autres régions, l'évolution sociale et économique favorise la propagation du virus. L'épidémie du sida est surtout favorisée par les vastes mouvements migratoires, les guerres, les crises économiques et autres événements qui compromettent la stabilité de la société. Le tableau 1.1 reflète la situation mondiale à la fin de l'année 2002.

En 1997, la Banque mondiale a développé un système de classification des différents types de cas d'épidémie de sida, et ce système a été largement adopté (Banque mondiale, 1999a). Le terme *naissante* a été utilisé pour qualifier une épidémie ayant contaminé moins de 5 % des membres des groupes humains considérés comme étant à risque.¹ En 1999, ce système de classification a été modifié par l'UNAIDS/OMS, et l'on a alors utilisé le terme de *faible prévalence* plutôt que le terme *naissante* afin d'éviter la connotation selon laquelle les faibles niveaux de prévalence du VIH représentaient toujours le début d'une épidémie appelée à s'aggraver (UNAIDS/OMS, 2000a). Cependant, le terme de *faible prévalence* a trop souvent été considéré comme synonyme de faible priorité pour les programmes nationaux de lutte contre le sida, ce qui a donné de la crédibilité à l'idée injustifiée selon laquelle existeraient un risque réduit et une faible vulnérabilité. L'UNAIDS/OMS a par la suite fait la promotion de la *surveillance de deuxième génération*, consistant à associer la surveillance de la séropositivité par rapport au VIH et aux MST à la surveillance des comportements des groupes humains les plus exposés, afin que les

TABLEAU 1.1

Variation de la prévalence globale du VIH au niveau régional, en décembre 2002

Région	Prévalence du sida chez les adultes (%)	Nombre d'adultes et d'enfants nouvellement contaminés par le VIH	Pourcentage de femmes parmi les adultes séropositifs
Afrique subsaharienne	8,8	3,5 millions	58
Afrique du Nord et Moyen-Orient	0,3	83 000	55
Asie du Sud et du Sud-Est	0,6	700 000	36
Extrême-Orient et Océanie	0,1	270 000	24
Amérique Latine	0,6	150 000	30
Antilles	2,4	60 000	50
Europe de l'Est et Asie centrale	0,6	250 000	27
Europe occidentale	0,3	30 000	25
Amérique du Nord	0,6	45 000	20
Australie et Nouvelle-Zélande	0,1	500	7
Total	1,2 (moyenne)	5 millions	50 (moyenne)

Source : UNAIDS/WHO 2002a.

nations concernées puissent disposer d'une information précise et complète sur les niveaux de contamination ainsi que sur les niveaux de risque et de vulnérabilité, qui permette de faire des prévisions.

Actuellement, la plupart des pays du monde connaissant une épidémie généralisée disposent de systèmes de surveillance fonctionnels appropriés pour les futures mères et les autres membres sexuellement actifs de la population générale. Cependant, les pays qui connaissent des épidémies de sida limitées et localisées ne disposent souvent pas des systèmes de surveillance qui pourraient leur permettre de suivre correctement ces épidémies. Il est évident que ce problème se pose pour la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale. Aucun pays de cette région n'a mis en place le type de surveillance systématique approprié pour les groupes à risque, permettant de surveiller notamment les indicateurs relatifs aux MST et aux comportements et qui serait nécessaire pour obtenir une information claire sur les principaux groupes à risque et pour que les programmes de prévention du sida soient efficaces (Walker et autres, 2001). Ce manque d'information claire a entraîné un manque de visibilité et a fait que l'on a continué de considérer le risque comme faible et d'accorder au sida un faible niveau de priorité, avec pour corollaires un faible niveau d'investissement et donc des niveaux de protection inadéquats.

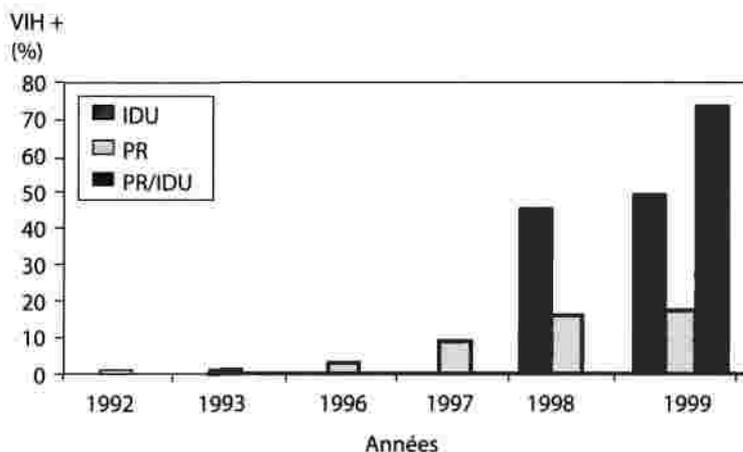
Les épidémies que l'on ne voit pas, au sein des couches sociales marginalisées, constituent une menace de contamination généralisée, même lorsque des tests répétés indiquent une faible prévalence au sein de la population générale (Family Health International, 2001b). Cela s'est déjà produit ailleurs, et selon l'information limitée dont on dispose concernant les facteurs de risque, le phénomène a des chances de se produire à un moment ou à un autre dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée

orientale. La figure 1.1 illustre clairement la progression de l'épidémie au Népal, une aggravation qui s'est produite alors même que le Programme national de lutte contre le sida suivait de manière continue la population générale. Une surveillance régulière semestrielle, mise en place dans les centres de traitement des MST et de soins prénatals dans tout le pays, a permis d'observer des niveaux respectifs de moins de 3 % et de moins de 0,1 % pour 1999, mais l'épidémie a continué de progresser au sein des couches de la population avec lesquelles le système de surveillance avait peu de contacts. Ces statistiques donnent une meilleure illustration de l'intensité de la prévalence du sida au sein des sous-ensembles de la population non reconnus qui croisent les zones à risque, ainsi, par exemple, les niveaux de prévalence parmi les personnes qui sont à la fois toxicomanes et prostituées ne sont, en l'occurrence, pas inférieurs à 75 %.

En Asie, le Népal et l'Indonésie ont l'un et l'autre connu récemment des épidémies de plus en plus importantes, surtout chez les IDU (Family Health International, 2001a). Pendant des années, les conseils des experts ont incité ces pays et d'autres pays dans des situations similaires à croire que leurs épidémies resteraient limitées (The Economist, 2001). Au contraire, une surveillance des comportements a montré que les IDU ont souvent des partenaires sexuels extérieurs à leur groupe, y compris leurs propres conjoints. Au cours de ces dernières années, les niveaux de contamination par le VIH ont commencé à refléter ce que les études comportementales avaient déjà révélé. On peut, de manière crédible, prédire un scénario similaire de diffusion de la maladie dans plusieurs des pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale. Il n'est

FIGURE 1.1

**L'épidémie invisible au Népal :
Prévalence du sida chez les toxicomanes utilisateurs de seringues
et les prostituées à Katmandou**



Note : IDU = toxicomanes utilisateurs de seringues, PR = prostituées, VIH+ = séropositifs.

Source : Avec l'aimable autorisation de J. Ross, Family Health International, Népal, et USAID ; présenté à l'ICAAP, Melbourne, Australie, 13 octobre 2001 ; U.S. Census Bureau, 2001.

pas possible d'ignorer les leçons importantes de l'expérience d'autres régions (voir encadrés 1.1 et 1.2).

Là où le VIH a pu se répandre, l'impact sur les pays concernés a été catastrophique. Dans les pires cas, les enseignants meurent plus vite qu'il est possible d'en former, les agents de santé sont si souvent contaminés que les services de santé sont décimés ou réduits à néant, et les agriculteurs ne sont plus en mesure de maintenir une production normale. L'armée est presque toujours atteinte - souvent, comme c'est le cas dans un certain nombre de pays d'Afrique, à un tel degré que les fonctions de défense s'en trouvent gravement compromises. Plus communément, les actions militaires entreprises par suite d'instabilité politique contribuent à étendre l'épidémie. Dans les pays en développement, les progrès en matière de santé et de développement que reflète la croissance de l'espérance de vie sont annihilés, des millions d'enfants se retrouvent orphelins, l'épargne et le patrimoine des familles sont perdus, et du fait d'une discrimination incontrôlée et d'un sentiment de honte, les filets de sécurité traditionnels fondés sur la parenté et le soutien communautaire disparaissent. Si les riches peuvent être contaminés par le VIH aussi bien que les pauvres, ils s'en sortent plus facilement. De même, les riches comme les pauvres peuvent être vulnérables au virus, mais la vulnérabilité est bien plus grande lorsque les gens sont analphabètes, lorsqu'ils sont incapables d'accéder à l'information et aux services de base, lorsqu'ils sont prisonniers de conditions de survie instables ou lorsqu'ils n'ont aucun pouvoir de changer leur situation. Là où les femmes ont peu de pouvoir économique, elles sont généralement dans l'impossibilité de négocier la sécurité de leurs relations sexuelles. C'est lorsque l'État est réceptif aux problèmes qui se posent, lorsqu'il assure la diffusion de l'information et les services et lorsqu'il travaille de concert avec les organisations représentatives des collectivités affectées que la société peut le mieux affronter l'épidémie de sida et prévenir sa propagation.

Le sida n'est pas un simple agent pathogène pour lequel une approche typique de la santé publique peut convenir, et les services de santé ne peuvent pas à eux seuls affronter l'ensemble des problèmes qui rendent la société vulnérable.

L'expérience collective de ces 20 dernières années a montré qu'il était possible de freiner la propagation du sida et de ses effets grâce à une approche permettant de réduire le risque, la vulnérabilité et l'impact de la maladie, ce que reflète le Cadre stratégique global de l'ONU (UNAIDS, 2001). Pour réussir, un engagement politique aux plus hauts niveaux s'impose. Pour mettre en œuvre des programmes de la meilleure manière possible, il faut parvenir au bon dosage entre les processus politiques, la collaboration des bailleurs de fonds et la collaboration entre les gouvernements et les acteurs de la société civile. C'est en mettant en place des programmes de prévention dès le départ que l'on peut le mieux y intégrer les soins et le soutien aux personnes déjà contaminées par le virus ou atteintes par la maladie. Les personnes infectées et les collectivités atteintes sont des acteurs et des soutiens efficaces lorsqu'ils bénéficient d'une aide positive. Aucun organisme gouvernemental ou autre, aucun organe de l'ONU, aucun organisme donateur bilatéral ne peut à lui seul assumer les réponses nécessaires. Les

ENCADRÉ 1.1**Népal : Trop peu, et trop tard**

Au Népal, comme dans presque tous les autres pays d'Asie, les premiers cas de sida ont été détectés à la fin des années 1980 ou au début des années 1990, soit chez des visiteurs étrangers soit chez des Népalais de retour dans leur pays. Au début des années 1990, des enquêtes relatives à la prévalence de la séropositivité au VIH ont permis de détecter une contamination chez des malades atteints de MST et chez des prostituées dans la plupart des régions du Népal. En raison du trafic bien connu de jeunes filles prostituées et de jeunes travailleurs émigrés entre le Népal et l'Inde, les préoccupations concernant la santé publique ont tourné autour de la propagation du VIH dans cette partie de la population.

Au Népal, on a cru que les toxicomanes qui partageaient leurs seringues formaient des réseaux relativement restreints et isolés, et on a donc considéré qu'ils ne constituaient pas une menace pour la société dans son ensemble. Des enquêtes menées parmi les IDU à Katmandou, entre 1991 et 1994, ont montré une prévalence proche de zéro et une raréfaction du partage des seringues entre les hommes qui se trouvaient en contact avec les agents d'un petit programme pilote d'échange de seringues et d'éducation. Cependant, à la fin des années 1990, il s'est produit au niveau national une hausse explosive du nombre de contaminations par le VIH, sur environ la moitié de l'ensemble des IDU. Aucune autre étude et aucune autre surveillance des IDU n'a eu lieu avant qu'en 1999, une étude nationale ne montre que la contamination atteignait 40 % des IDU sur l'ensemble du pays et plus de 50 % à Katmandou.

Une étude de moindre ampleur, réalisée à Katmandou, semblait montrer que ceux qui avaient participé au programme d'échange de seringues risquaient moins d'être contaminés. Cependant, il était évident que si le projet avait commencé tôt, la proportion des IDU concernés n'était pas suffisamment importante et le nombre de seringues échangées était trop faible pour contrer l'épidémie émergente. Il était difficile de généraliser le programme car aucune mesure n'avait été prise pour en assurer le soutien, et un certain nombre de responsables de la lutte gouvernementale contre la drogue n'étaient pas solidaires de l'approche consistant à réduire les dégâts chez les toxicomanes. Aujourd'hui, au Népal, il est trop tard pour enrayer une épidémie chez les IDU. En 2000, la prévalence du VIH au Népal représentait plus de 50 000 habitants, soit près de 0,5% de la population totale des individus âgés de 15 à 49 ans. Une proportion croissante de cette prévalence accrue du VIH est le résultat de la toxicomanie par injection, de la prostitution ou de ces deux facteurs.

Source : Family Health International, 2001a, 2001b ; Karki, 2000 ; Oelrichs et autres, 2000 ; Peak et autres, 1995.

réponses efficaces qui peuvent être faites au niveau national se heurtent toujours à des problèmes d'attitude qui nuisent à la collaboration entre les divers organismes en présence, à des problèmes d'inefficacité administrative, d'insuffisance des compétences, de peur des répercussions sociales ou politiques, de mauvaise gestion et notamment de mauvaise utilisation des fonds, et de pratiques d'embauches discriminatoires. Un leadership fortement motivé peut permettre l'atténuation de ces problèmes et la découverte de moyens créatifs de gérer les susceptibilités en jeu.

Les jeunes, les travailleurs immigrés, les réfugiés, les hommes d'affaires en voyage, les toxicomanes et les prostituées, chacune de ces catégories est caractérisée par des conditions de vie différentes. Pour définir des programmes de prévention du sida qui aient un

ENCADRE 1.2**La surveillance du sida : le cas de l'Indonésie**

L'Indonésie est une république insulaire située à l'écart du continent asiatique, au Sud-Est. Avec une population totale estimée à environ 209 millions d'habitants, elle est le quatrième pays le plus peuplé de la planète. Avec plus de 80 % de musulmans dans sa population, l'Indonésie possède la plus grande population musulmane du monde. Au cours des années, il s'est avéré qu'en Indonésie, la prévalence du VIH restait faible, malgré des prévisions faites en 1994 selon lesquelles ce pays compterait 400 000 cas d'infection en 1996. Cela fait plus d'un siècle qu'existent en Indonésie des maisons closes « officiellement déclarées », et les prostituées ont été soumises à des tests. En 1998, même dans cette population, les taux de contamination se sont révélés être inférieurs à 5 %. En 1999 et de nouveau en 2000, sur plusieurs sites de surveillance des prostituées, on a commencé à enregistrer des nombres croissants de cas de contamination par le VIH, avec des taux allant de 1,5 à 8 %. Dans un échantillon de détenus, on a observé un taux de 17,5 %. Malgré des programmes pour atteindre les individus plus ou moins isolés, une promotion des préservatifs et des campagnes médiatiques, une surveillance des comportements réalisée annuellement entre 1996 et 1999 a montré que l'utilisation des préservatifs chez les prostituées et leurs clients n'avait commencé à progresser que lorsque les niveaux de contamination avaient connu une hausse, en 1999.

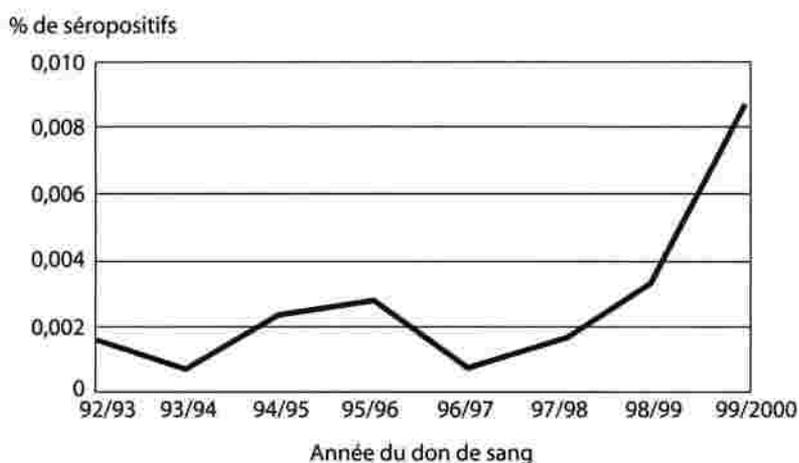
En Indonésie, on n'a jamais pris en compte les toxicomanes dans la surveillance régulière. En fait, de façon informelle, beaucoup ont pensé que le nombre d'IDU était trop réduit pour avoir un impact quelconque en termes d'épidémie de sida, et l'on s'est intéressé essentiellement aux prostituées. A la fin de l'année 2000, plusieurs enquêtes spécifiques relatives aux IDU dans toute l'Indonésie ont permis de détecter une nette hausse de la prévalence du VIH, avec un chiffre atteignant 50 % à Djakarta. Cette tendance à la hausse de la prévalence peut s'observer dans les statistiques relatives aux donneurs de sang dont dispose la Croix rouge indonésienne sur la période 1992-2000, sur la Figure 1.2. Au cours de ces dernières années, ce sont approximativement 750 000 à près de 1 million de donneurs de sang qui ont fait l'objet d'un dépistage annuel du VIH. Entre 1999 et 2000, on a observé une nette croissance de l'épidémie, qui pourrait bien refléter celle observée chez les IDU au cours de la même période.

En mars 2001 s'est tenue à Djakarta une conférence nationale de consensus, qui compte tenu des résultats les plus récents relatifs à la prévalence du VIH sur diverses classes de risque et compte tenu d'estimations sur les effectifs de ces classes, a établi qu'il pouvait y avoir eu entre 80 000 et 120 000 nouveaux cas d'infection par le VIH en Indonésie en 2000. L'Indonésie est maintenant classée comme un pays dans lequel l'épidémie se concentre principalement chez les toxicomanes, mais l'expérience d'autres pays indique que les toxicomanes ne vivent pas isolés et que l'épidémie peut facilement atteindre leurs partenaires, leurs enfants et d'autres encore.

Source : Centre pour la recherche sur la santé, Université d'Indonésie, 2000 ; Family Health International, 2001a ; U.S. Census Bureau, 2001.

sens pour les personnes confrontées à ces diverses situations, il est essentiel de mener des recherches cohérentes dans le domaine social, comportemental et épidémiologique. Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, non seulement de telles recherches ne sont souvent pas envisageables ou sont considérées comme impossibles, mais aussi, même lorsqu'elles ont été entreprises, les résultats ne sont souvent pas partagés, en raison de fortes réticences à révéler des comportements inacceptables.

FIGURE 1.2

Prévalence du VIH chez les donneurs de sang en Indonésie

Source : Centre pour la recherche sur la santé, Université d'Indonésie, 2000.

Le partage des résultats des études de comportement social peut avoir un effet déterminant et salutaire sur l'évolution des programmes de prévention du sida et il convient de l'encourager, du moins dans le cadre d'un petit ensemble de partenaires appropriés. L'expérience du Bangladesh est un exemple d'utilisation efficace de telles études pour faire avancer la cause (voir encadré 1.3).

La programmation dans le temps revêt une importance primordiale. Si la surveillance nationale du VIH se concentre sur des couches de la population relativement peu exposées, le virus peut se répandre ailleurs. Il faut des années, surtout dans un contexte de prévalence faible, pour convaincre les personnes à risque qu'elles doivent changer leurs habitudes. Il faut plusieurs années pour développer les compétences lorsqu'elles sont encore restreintes et lorsque les ONG et les organisations communautaires ont peu d'expérience de la prévention du sida. Il importe de mobiliser le financement et de l'orienter efficacement, un effort qui suppose souvent de nouvelles structures administratives et de nouveaux mécanismes. Il faut que les responsables sociaux, politiques et religieux et les hommes d'affaires soient sensibilisés au problème, pour qu'ils favorisent l'émergence de conditions permettant des actions de prévention efficaces. En général, une évolution de la législation s'impose, et la réforme nécessaire prend du temps. Dans sa défense contre le sida, la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale ne peut pas se permettre d'attendre plus longtemps.

ENCADRÉ 1.3**La recherche sur les comportements et le VIH dans une société conservatrice : l'expérience du Bangladesh**

Lorsque, en 1995, la Fondation Ford a accordé une dotation au Centre international pour la recherche sur la diarrhée, au Bangladesh (ICDDR) pour renforcer les capacités en matière de recherche sur la santé de la reproduction, il n'a même pas été question de recherche dans le domaine de la sexualité. À cette époque, la plupart des gens ne pensaient pas que ce genre de recherche serait possible au Bangladesh, et la commission d'étude refusait d'autoriser des interviews d'individus non-mariés. Le programme a commencé lentement, avec une longue période de formation des jeunes chercheurs sélectionnés. Des petites études ont été menées dans une région rurale où les employés de l'ICDDR étaient connus et appréciés pour leurs programmes relatifs aux diarrhées et au planning familial. Dans ces études, on a examiné la terminologie et les concepts associés aux symptômes au niveau des organes de reproduction, chez les hommes et les femmes. Les chercheurs ont rassemblé la terminologie utilisée par le commun des mortels pour désigner les organes sexuels, leurs fonctions et les symptômes de la maladie.

Une petite étude a été entreprise sur les clients des maisons closes, mais on a constaté que dans les villages ruraux, les hommes qui étaient les plus disposés à parler de leur vie sexuelle étaient ceux qui connaissaient bien l'équipe de recherche. Une autre petite étude ethnographique sur les IDU a été menée dans un bidonville de Dhaka. En 1997, en coopération avec le Croissant rouge, on a tenté d'étudier le comportement sexuel des jeunes des zones urbaines, cependant, si les jeunes hommes semblaient s'exprimer librement, les jeunes femmes étaient extrêmement effrayées par ce genre de discussion. À l'aide d'un financement de Family Health International, une étude à grande échelle des groupes à risque a été réalisée à Chittagong, le plus grand port du pays. On a enregistré sur des bandes magnétiques des interviews de marins, de pêcheurs, de dockers, de camionneurs qui faisaient des longues distances ainsi que de personnes prostituées des deux sexes, de manière privée et anonyme. Cette fois, on a pu accumuler plus de 600 interviews, parvenir à une compréhension plus profonde des comportements sexuels parmi cette population, du contexte dans lequel se faisaient ces rencontres, et percevoir la manière dont fonctionnait un commerce caché du sexe dans une grande ville conservatrice. Cette étude a finalement abouti à une vaste action à l'échelle du pays, avec un financement conséquent. Au cours de cette période, une étude en profondeur, menée en toute tranquillité, a été réalisée sur les hommes homosexuels à Dhaka, en confiant à des membres formés de cette communauté le soin de mener les interviews. Finalement, même les clients des personnes prostituées du trottoir ont été interviewés dans des voitures banalisées garées dans les rues la nuit.

Fort de cette expérience, le Programme de sciences sociales et comportementales de l'ICDDR a accepté de réaliser les premières enquêtes nationales de surveillance comportementale du VIH pour le compte du gouvernement, en collaboration avec des chercheurs de laboratoire qui ont pris en charge la surveillance de la séropositivité. De 1998 à 1999, 3 363 personnes (IDU, prostituées du trottoir et des maisons closes, homosexuels et routiers) ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire structuré, mais l'échantillonnage n'était pas aléatoire (à l'exception des maisons closes) car on a considéré qu'il serait trop difficile de cartographier d'abord ces catégories de population pour obtenir un cadre d'échantillonnage réel. L'année suivante, avec l'aide de guides issus de chacune des collectivités à risque, on a réalisé une cartographie sur trois grandes villes et on a obtenu un échantillonnage réel sur 4 449 individus (prostituées des trottoirs, hommes prostitués, transsexuels, prostituées des maisons closes, IDU et tireurs de cyclo-pousse).

ENCADRÉ 1.3 (SUITE)

Au cours de ces travaux, un chercheur en sciences sociales senior expatrié a assumé le rôle d'enquêteur principal et a formé de manière intensive les jeunes chercheurs bangladais. Au cours du troisième cycle de surveillance, les chercheurs bangladais ont travaillé sur un ensemble plus large encore d'échantillons, et une surveillance de deuxième génération a été généralisée à l'ensemble du pays. Les résultats de ces études ont été transmis à tous les organismes intéressés par le problème du sida et ont permis au gouvernement de décider d'investir dynamiquement dans la prévention alors que la prévalence, dans ce pays, était encore faible.

Source : Jenkins, Ahmed et autres, 2001 ; Jenkins, Rahman et autres, 2001 ; Programme national contre le sida, Bangladesh, 2001.

Note

1. Concentré = 5 % ou davantage dans les couches de la population à risque ; Généralisé = 5 % ou davantage au sein de la population générale, représentée par les femmes qui consultent dans les centres de soins prénatals, les niveaux de prévalence étant bien plus élevés dans les groupes à risque (Banque mondiale, 1999a). L'UNAIDS/OMS a modifié le seuil de définition de l'épidémie généralisée pour le fixer à 1 % de la population générale en 2000 (UNAIDS/OMS, 2000a).

Étude du problème du sida dans la région Moyen-Orient/ Afrique du Nord/ Méditerranée orientale

Selon les estimations de l'UNAIDS/OMS, près de 83 000 personnes ont été contaminées par le VIH dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale en 2002, et près de 0,3 % des adultes de cette région sont actuellement contaminés. Des observations récentes, il ressort que l'incidence des maladies infectieuses sexuellement transmissibles, parmi lesquelles le sida, est en hausse, et que le nombre total de décès dus au sida a été presque multiplié par six depuis le début des années 1990 (UNAIDS/MENA, 2000 ; UNAIDS/OMS, 2001, 2002a). Dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la région, en 1998, le sida était la troisième cause de morbidité dans la population âgée de 14 à 44 ans. Les taux de contamination par le VIH parmi les malades de la tuberculose sont aussi en augmentation, et au milieu de l'année 2001, ils ont atteint 26 % à Djibouti (UNAIDS/OMS, 2002d), 4,2 % en Iran (UNAIDS/OMS, 2002g) et 4,8 % à Oman (UNAIDS/OMS, 2002m).

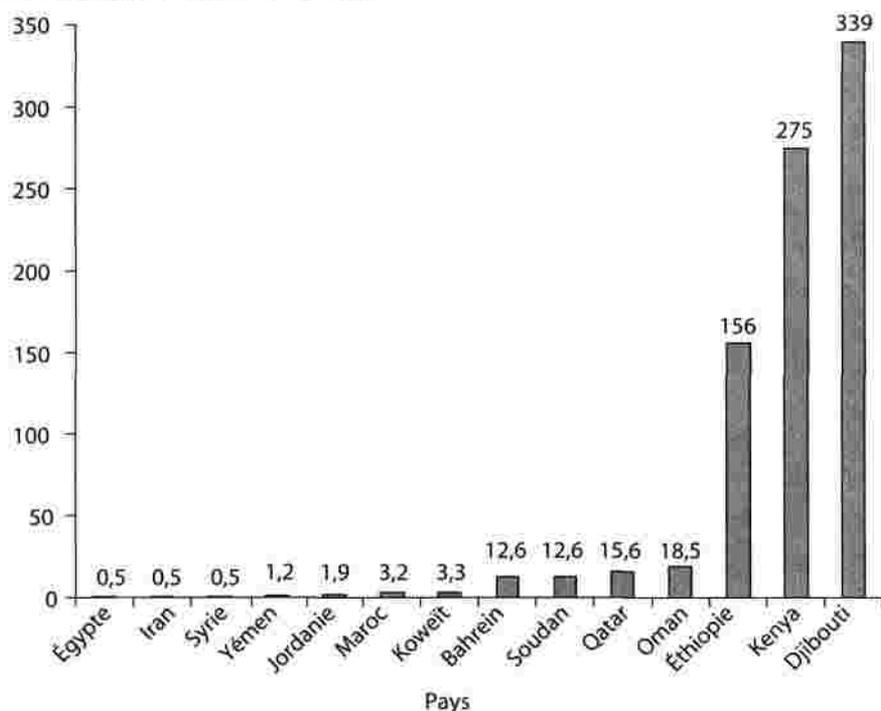
S'il peut y avoir des réticences à étudier les comportements souvent illégaux et socialement inacceptables qui engendrent un risque élevé de contamination par le VIH, certains programmes nationaux de lutte contre le sida ont entrepris des efforts pour soumettre les groupes à risque à un dépistage. Dans la plupart des cas, il s'agissait de populations institutionnalisées (dans les prisons, les centres de détention et les centres de désintoxication) qui ne devraient pas être représentatives des groupes humains concernés. Ce type de surveillance n'ayant pas fait l'objet d'une application systématique, il n'est pas possible d'étudier les tendances, et il se peut qu'une épidémie invisible au sein de ces couches de la population soit en cours d'expansion sans que l'on puisse la détecter.

La Figure 2.1 présente une comparaison des fréquences de cas de sida sur 100 000 habitants dans un certain nombre de pays de la région et dans quelques pays d'Afrique de l'Est. Le Tableau 2.1 présente les statistiques officielles les plus récentes qui soient disponibles concernant le sida dans la région, pour la fin de l'année 2001, d'après des sources de l'OMS (EMRO et Genève) ainsi qu'au niveau du programme national. Basés sur les cas de sida comptabilisés à la fin de 2001, ces chiffres représentent les cas répertoriés sur l'ensemble de la région, et indiquent les niveaux de contamination d'il y a 5 à 10 ans. La précision de ce type de détection est généralement plus grande dans les pays dont les sys-

FIGURE 2.1

Nombre total de cas de sida répertoriés pour 100 000 habitants dans une sélection de pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, et comparaison avec des pays d'Afrique de l'Est

Nombre de cas de sida /100 000 hab.



Source : UNAIDS/OMS, 2000b, 2002c, 2002d, 2002e, 2002f, 2002g, 2002j, 2002l, 2002m, 2002n, 2002o, 2002p, 2002q, 2002r.

tèmes de soins fonctionnent bien et couvrent une grande partie de la population. La comptabilisation des cas est sujette à de nombreuses contraintes, notamment les effets de la honte, de la peur et de l'ignorance de la part des professionnels de la santé par rapport au diagnostic et le manque de données comptabilisées par le secteur privé. Parfois, les expatriés sont spécifiquement inclus dans les calculs (comme pour le Koweït) et parfois ils ne sont pas pris en compte : dans le plupart des cas, les statistiques disponibles ne permettent pas de clarifier cette question. Néanmoins, lorsque les autres statistiques sont lacunaires, ces chiffres donnent un aperçu relativement cohérent sur la région. On peut clairement observer sur Djibouti une généralisation de l'épidémie, par rapport aux autres pays dans lesquels la prévalence reste faible ou dans lesquels les épidémies émergentes restent concentrées sur des groupes humains particuliers. Les pays les plus atteints après Djibouti sont l'Algérie, l'Iran, la Libye, le Soudan et plusieurs États du Golfe parmi lesquels le Koweït, Oman et le Qatar. Les niveaux relativement faibles de contamination

TABLEAU 2.1

Nombre de cas de sida répertoriés sur la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale entre 1987 et 2001

Pays	1987 et avant	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	Total	Population en milliers	Taux pour 100 000
Algérie ^a	5	16	17	27	35	34	31	53	32	48	39	49	24	58	17	501	30 841	1,6
Arabie Saoudite	16	6	7	5	10	6	12	38	37	100	112	39	24	24	29	465	21 028	2,2
Bahreïn	1	—	1	2	—	6	3	6	10	11	14	11	9	8	7	89	652	13,6
Djibouti	—	1	6	51	107	144	144	196	231	358	434	111	267	131	—	2,181	644	339,0
Égypte	5	6	9	7	12	23	29	22	16	14	25	33	34	44	42	321	69 080	0,5
Émirats Arabes Unis	0	0	0	8	1	3	1	2	1	2	1	1	2	—	—	22	2,398	0,9
Iran	1	3	5	10	25	16	32	19	16	27	40	21	27	68	76	386	71 369	0,5
Irak	—	—	—	—	7	6	21	37	16	15	2	4	6	6	4	124	23 584	0,5
Jordanie	5	1	6	1	8	7	8	6	2	4	12	11	3	14	10	98	5 051	1,9
Koweït	1	—	1	1	3	2	2	5	4	5	2	19	4	12	10	71	1 971	3,6
Liban ^b	4	3	5	10	13	7	22	12	18	5	8	37	32	21	21	218	3 556	6,1
Libye	—	24	5	11	6	9	2	11	16	21	38	396	72	—	—	611	5 471	11,2
Maroc	10	14	20	26	28	30	44	77	57	66	92	93	165	118	129	969	30 430	3,2
Oman	17	26	26	22	25	32	37	51	28	24	36	24	28	30	35	441	2 622	16,8
Qatar ^c	31	12	9	10	13	5	8	8	6	2	4	3	9	3	2	125	575	21,7
Somalie	1	4	3	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	73	—	86	5 892	1,5
Soudan	4	64	122	130	188	184	198	201	250	221	270	511	517	652	354	3 866	31 809	12,2
Syrie	2	2	8	1	7	3	3	4	6	9	8	8	7	7	14	89	16 610	0,5
Tunisie	20	23	19	36	36	38	52	50	65	54	62	44	42	44	48	633	9 562	6,6
Yémen	0	0	0	1	0	3	4	3	11	60	40	34	34	18	31	239	19 114	1,3

— Pas de données

a. L'Algérie fait partie de la région MENA de la Banque mondiale mais ne fait pas partie de la région OMS/EMRO. b. Pour le Liban, le total tient compte de quatre cas dont la date de comptabilisation est inconnue. c. Pour le Qatar, le total tient compte de deux cas dont la date de comptabilisation est inconnue.

Source : Al-Jowder, 2001 ; As'ad et Al-Azzeh, 2001 ; Ba-Omer, 2001 ; Ben Said, 2001b ; Programme national égyptien de lutte contre le sida, 2001 ; El Nakib, 2001 ; OMS/EMRO, communication personnelle, 2003 ; OMS/EMRO, 2001a ; Iran, 2001 ; Programme national koweïtien de lutte contre le sida, 2001 ; Ministère Égyptien de la Santé et de la Population, 2001 ; Ministère Tunisien de la Santé Publique, 2000, 2001 ; Programme national marocain de lutte contre le sida, 2001 ; Programme national iranien de lutte contre le sida, 2001 ; Programme national soudanais de lutte contre le sida, 2001 ; Sow, 2001 ; Syrie, 2001b ; Émirats Arabes Unis, 2001 ; Ba-Omer, 2002.

dans l'ensemble des pays, à l'exception de Djibouti, ne doivent pas être considérés comme stables et prédictibles. L'histoire a montré à plusieurs reprises que l'épidémie du sida évolue en fonction de divers facteurs, et que seule une surveillance adéquate de la séropositivité et des comportements permet de détecter les changements qui se produisent. En ce qui concerne la propagation du virus, la comptabilisation des cas de sida permet de détecter les tendances passées mais ne permet pas de prédire les tendances actuelles et futures.

Dans pratiquement tous les pays, c'est entre le milieu et la fin des années quatre-vingt qu'a été découvert le premier cas de sida. Si chaque pays, pratiquement, a créé une commission nationale pour le sida et un programme national de contrôle du sida dans l'année même, les systèmes de surveillance ont été conçus principalement pour protéger les réserves de sang et les services médicaux (Bernvil et autres, 1991 ; Constantine et autres, 1990 ; OMS/EMRO, 2001c). Dans certains pays (Arabie Saoudite, Egypte, Iran, Libye, Oman), on a d'abord détecté des cas dans les hôpitaux, parmi les patients en dialyse, les malades du cancer et les enfants recevant des transfusions multiples pour hémophilie et autres pathologies sanguines héréditaires (Aghanashinikar et autres, 1992 ; Al-Mahroos et Ebrahim, 1995 ; Al-Owaish et autres, 2000 ; Bakir et autres, 1995 ; El-Hazmi et Ramia, 1989 ; El-Sayed et autres, 2000 ; Hachicha et autres, 1995 ; Hassan et autres, 1994 ; Hmida et autres, 1995 ; Leonard et autres, 1990 ; Massenet et Bouh, 1997 ; Watts et autres, 1993 ; Yerly et autres, 2001 ; Zawawi et autres, 1997). Dans la plupart des pays, mais pas dans tous, des précautions universelles et un dépistage sur les approvisionnements de sang ont permis de réduire considérablement ces risques iatrogènes (Daar, 1991 ; Kennedy, O'Reilly et Mah, 1998 ; Shanks et al-Kalai, 1995). Cependant, des taux modérés ou élevés d'hépatite C dans plusieurs pays indiquent qu'il n'existe pas dans tous les centres médicaux une prévention adéquate de la transmission iatrogène des virus qui se développent dans le sang (Aghanashinikar et autres, 1992 ; Al-Mahroos et Ebrahim, 1995 ; Amini et autres, 1993 ; Attia, 1998 ; Bakir et autres, 1995 ; Benjelloun et autres, 1996 ; Cacoub et autres, 2000 ; El-Hazmi et Ramia, 1989 ; El-Sayed et autres, 1996, 2000 ; Hachicha et autres, 1995 ; Kasseem et autres, 2000 ; Mohamed, al Karawi et Mesa, 1997 ; Nafeh et autres, 2001 ; Groterath et Bless, 2002).

La surveillance de la contamination par le VIH, contrairement à la détection des cas de sida, est gravement insuffisante dans cette région, dans la mesure où elle n'est systématique que pour les groupes à faible risque qui représentent la population générale (donneurs de sang, futures mères et malades de la tuberculose¹), et ce, seulement dans certains pays. Ce n'est pas ce type de surveillance que l'on peut recommander pour les pays à faible prévalence où il est essentiel de contrôler la prévalence parmi ceux qui risquent le plus d'être contaminés. Là où les centres de traitement des MST sont des sites de surveillance, il est possible d'échantillonner les individus à risque, mais on ne dispose pas d'informations permettant de savoir qui ils sont, d'un point de vue socioéconomique, quelle proportion des personnes atteintes de MST viennent dans ces centres de soins ni si ce sont là les personnes les plus exposées. Une normalisation du processus de

comptabilisation entre les régions reste à réaliser. Certains pays ne pratiquent pas du tout de comptabilisation sur certaines années, et dans l'ensemble, il est évident que la gestion des données laisse à désirer.

Néanmoins, l'examen des statistiques disponibles concernant la prévalence du VIH permet d'envisager une série de scénarios différents. Le Tableau 2.2 (à la fin du chapitre) résume les statistiques les plus récentes et les moins ambiguës qui soient disponibles, concernant le VIH, pour la période allant de la fin de 1999 à la fin de 2002. Le tableau récapitule les cas de sida réels détectés parmi les citoyens adultes ainsi que les estimations faites par l'OMS à la fin de 1999. Les modes de transmission font presque toujours l'objet de calculs à partir du cumul des cas de sida : les cas contraires sont mentionnés dans le tableau, surtout lorsqu'il s'agit de mises à jour récentes à partir des seuls chiffres des dernières années. Là où une surveillance régulière a été instituée, elle se fait dans les centres de soins prénatals et dans les centres de traitement de la tuberculose et des MST. En Tunisie, un petit nombre de prostituées (environ 300) sont « répertoriées » et dans d'autres pays, la police des mœurs peut avoir accès aux prostituées, généralement lorsqu'elle les arrête. Aucun pays de la région n'accède aux IDU en dehors des centres de désintoxication, du système légal et des systèmes de sécurité. Ces systèmes sont souvent liés. C'est plutôt dans le cadre de services confidentiels et à caractère volontaire que se fait le dépistage chez les homosexuels, mais cela n'a pris la forme d'études statistiques que dans quelques pays (en Égypte et au Maroc par exemple). Les autres groupes considérés comme étant à risque qui ont fait l'objet de tests de dépistage sont les militaires, les routiers, les détenus, les réfugiés, les vendeurs de thé, le personnel de l'industrie du tourisme et des hôtels (El-Sayed et autres, 1996), les voyageurs, les toxicomanes qui n'utilisent pas de seringues et qui sont sous traitement ou en état d'arrestation, et les chauffeurs de taxi. Les migrations occupent une place prééminente dans la vie économique de la région, et les émigrants légaux subissent presque toujours un test de dépistage avant d'être autorisés à travailler à l'étranger, ou sinon ils subissent un test dans le pays hôte en tant qu'immigrants. Un certain nombre de personnes subissent aussi un test lorsqu'elles retournent dans leur pays d'origine. Ces tests sont la plupart du temps obligatoires et l'assistance adéquate avant et après le test fait le plus souvent défaut.

Dans presque tous les pays, les premières années de dépistage ont permis d'observer le plus de résultats positifs parmi les étrangers, les citoyens de retour de l'étranger et les individus contaminés par les transfusions et les produits sanguins. Au Liban, les personnes migrantes contaminées ont souvent été des hommes d'affaires ayant des liens commerciaux avec l'Afrique de l'Ouest ou l'Afrique centrale ou ayant résidé dans ces régions. En Tunisie, on a observé une forte proportion de cas d'infections chez les IDU de retour de France, où on les renvoie dans leur pays d'origine lorsqu'ils sont arrêtés pour des délits liés aux stupéfiants. En Égypte, il s'agissait souvent de travailleurs de retour des États du Golfe. Djibouti est le principal port d'Éthiopie et présente une autre particularité, une présence militaire française et, depuis peu, américaine importante, ce qui en fait un lieu de prédilection pour les prostituées des pays voisins. Djibouti comme le Yémen

abritent aussi des milliers de réfugiés somaliens et éthiopiens. Ces conditions peuvent avoir favorisé l'essor des épidémies dans ces pays, mais on ne peut supposer que ce sont là les forces qui les entretiennent ou qui détermineront les poussées d'épidémies dans l'avenir.

Le besoin d'une surveillance de deuxième génération

Dans cette région, la surveillance n'est pas encore devenue une surveillance de deuxième génération,² comportant une surveillance des MST et une surveillance des comportements, telle que la recommande l'OMS. L'échantillonnage n'est pas systématique pour la plupart des groupes à risque, ce qui rend impossible la caractérisation des conditions de faible prévalence. Comme on le voit clairement dans la documentation relative à Djibouti, et comme l'étude d'un certain nombre d'autres pays permet de le corroborer, il se peut que pendant plusieurs années, l'on continue d'observer des taux de contamination faibles ou nuls chez les futures mères ou les donneurs de sang et qu'en même temps, la prévalence augmente dans des groupes à risque comme les prostituées ou les toxicomanes. Dans plusieurs pays, les va-et-vient d'individus à risque à travers les frontières affectent certainement la mesure de la prévalence. À Djibouti, par exemple, des milliers d'éthiopiens sont retournés chez eux après la fin du conflit avec l'Erythrée. Les camps de réfugiés dans lesquels il avait été montré en 1996 que les conditions dans lesquelles se trouvaient les prostituées très pauvres étaient semblables à celles des maisons closes s'étaient pratiquement vidés en 2000 (Tchupo, 1998). L'évolution des tendances en matière de prostitution, sous la pression des autorités exécutives, a eu un impact sur les épidémies de sida, dans plusieurs pays. Ainsi, par exemple, en Thaïlande et au Bangladesh, ce genre de pression a conduit les prostituées à changer de lieu de travail ou de lieu de rendez-vous. On a observé d'autres phénomènes d'évolution rapide : retour d'émigrés et flux de réfugiés, comme au Yémen par suite d'événements politiques et historiques survenus dans la région et de tendances dans l'utilisation des stupéfiants. L'expérience des pays d'Asie permet de prendre conscience de la rapidité avec laquelle les toxicomanes qui n'utilisent pas de seringues peuvent se mettre à en utiliser (Groupe de travail sur le VIH et la vulnérabilité, 2000). Le contrôle répété des tendances relatives à la toxicomanie est devenu une nécessité dans une grande partie du monde, et le recours de l'UNODC et de l'OMS à une méthodologie d'évaluation rapide va dans ce sens.

La surveillance comportementale des groupes à risque n'a pas encore commencé dans cette région, à l'exception de Djibouti où ces enquêtes sont actuellement en cours de développement. Family Health International supervisera ces enquêtes dans le cadre d'une action devant être menée par Save the Children (USA) le long du couloir routier entre Mekele, en Ethiopie, et Djibouti Ville. L'UNICEF a apporté son soutien à une tentative de réaliser ce type d'étude en Somalie, mais cela n'a pas permis d'obtenir une information utile sur les habitudes sexuelles, faute d'une formation adéquate des équipes de recherche,

entre autres problèmes techniques. Plusieurs pays, notamment Djibouti, l'Égypte, la Jordanie, le Liban, Oman, la Somalie, la Syrie et la Tunisie, ont considéré que leur population de jeunes se trouvait exposée et se sont mis à réaliser des enquêtes auprès des jeunes hommes et parfois des jeunes femmes. Ces enquêtes portaient sur les attitudes et sur les connaissances, mais les habitudes sexuelles n'ont été abordées que dans quelques cas. Il est ressorti de ces enquêtes que dans certains pays, la proportion de jeunes hommes ayant des relations sexuelles avant le mariage était considérable alors que cette proportion était très faible chez les jeunes femmes, ce qui laisse penser que la comptabilisation des jeunes qui vont voir les prostituées, lorsqu'elle existe, doit donner des chiffres utilisables. Faute d'information sur les habitudes sexuelles d'une population dans son ensemble et de ses sous-groupes, tenant compte de la sexualité hors mariage, il n'est pas possible de définir, de mettre en œuvre ni de contrôler des programmes de prévention qui soient efficaces.

La surveillance des comportements et de la séropositivité au sein des groupes à risque est liée aux possibilités de services à offrir, comme par exemple un traitement à la suite du dépistage de la syphilis. Pour les populations qui ne sont pas visibles, développer une surveillance signifie faire bénéficier les gens des services, et, pour ce faire, une documentation et une formation sur la nature du trafic des stupéfiants et du commerce du sexe sont essentielles. *En résumé, l'information la plus importante dont on a besoin pour pouvoir planifier et définir des programmes de prévention du VIH et des MST dans la région fait défaut.*

Néanmoins, compte tenu de l'information disponible, on peut tenter de classer par groupes les pays ayant des profils épidémiologiques similaires (voir Encadré 2.1). Cette classification se fonde sur la qualité et la quantité d'information dont on peut disposer et sur les niveaux de prévalence observés. Le premier niveau se compose des pays ayant accumulé, grâce à des tests de dépistages répétés à grande échelle, même si ces tests ne font pas référence aux couches les plus importantes de la population, une information montrant de manière stable que les taux de contamination y sont faibles. L'Égypte en est un exemple. La Jordanie, la Syrie et peut-être l'Arabie Saoudite et l'Irak entrent aussi dans cette catégorie. L'Égypte et la Syrie comptabilisent de l'information sur les groupes à risque, mais les méthodes et la taille des échantillons ne sont pas toujours précisées ; en ce qui concerne les autres pays, l'information est jusqu'à présent restée limitée. Le deuxième niveau est constitué des pays pour lesquels on observe une progression régulière du nombre de contaminations et où certains groupes à risque, au moins, sont identifiés. Ce deuxième groupe de pays comprend l'Algérie, le Bahreïn, l'Iran, le Koweït, le Liban, la Libye, le Maroc, Oman, la Tunisie, le Yémen et peut-être le Qatar et les Émirats arabes unis. La troisième catégorie est celle des pays dans lesquels les taux de contamination dans la population générale semblent élevés. Pour Djibouti comme pour le Soudan, les données disponibles indiquent la présence d'épidémies généralisées. Une enquête générale sur la population, réalisée à Djibouti au cours de l'année 2002, a confirmé la présence d'une épidémie généralisée, mais avec un niveau de prévalence plus faible que celui qui avait été estimé auparavant par l'UNAIDS/OMS. La Somalie risque fort d'entrer aussi dans cette catégorie, mais on ne dispose pas de statistiques adéquates.

ENCADRE 2.1

Profils épidémiologiques relatifs au VIH pour la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale

Type 1. Tests répétés, taux continuellement faibles, mais pas de tests cohérents systématiques (ou pas de comptabilisation) concernant les groupes à risque :

- Égypte, Jordanie, Syrie et peut-être Arabie Saoudite et Irak.

Type 2. Taux de contamination en hausse progressive et lente, quelques progrès rapides dans l'identification des groupes à risque :

- Algérie, Bahreïn, Iran, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Tunisie, Yémen et peut-être le Qatar et les Émirats Arabes Unis.

Type 3. Epidémies généralisées :

- Djibouti, Soudan et probablement Somalie.

Dans tous les pays de la région, on n'a pas identifié de sous-types viraux, ou bien, dans le cas contraire, l'information n'a pas été publiée dans les revues médicales habituelles. Cependant, à Djibouti, on a observé les sous-types A2, E et C, ce qui indique des sources provenant d'Afrique de l'Ouest et du Centre ainsi que d'Asie. Pour la génétique virale, voir Abid et autres, 1998 ; Carr et autres, 1998 ; Constantine et autres, 1990a ; Elharti et autres, 1997 ; Fox et autres, 1992 ; Guman et autres, 1990 ; Lasky et autres, 1997 ; Mboudjeka et autres, 1999 ; Montavon et autres, 2000 ; Voevodin et autres, 1996.

Notes

1. Dans les pays à faible prévalence, on suit souvent les patients atteints de tuberculose parce qu'ils sont accessibles et parce que ceux qui s'occupent des programmes de lutte contre la tuberculose souhaitent savoir quelle proportion des patients est contaminée à la fois par la tuberculose et par le VIH. Ces patients doivent cependant être considérés comme à faible risque en ce qui concerne le VIH, car les caractéristiques comportementales associées au risque de contracter le VIH ne sont pas des facteurs de contamination par la tuberculose.

2. Les recommandations antérieures, en matière de surveillance, ne concernaient que la sérologie, et ne tenaient pas compte de la surveillance comportementale ni de la surveillance des infections sexuellement transmissibles. Les scénarios d'épidémies émergentes ont montré que les ressources sont gaspillées lorsqu'elles ne sont pas dirigées spécifiquement vers les groupes caractérisés par les comportements les plus risqués. Le terme de surveillance de deuxième génération est utilisé pour désigner 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.

TABLEAU 2.2

Profils épidémiologiques du sida dans les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale

Pays	Date du premier cas de sida observé	Taux de prévalence estimé chez les adultes (%) (UNAIDS/DMS)	Nombre d'adultes et d'enfants atteints du VIH (comptabilisés (c) et estimés (e) par l'UNAIDS/DMS, fin 2001)	Cas de sida ou de contamination par le VIH répertoriés chez les femmes (%)	VIH dans les groupes à risque (%)	Caractéristiques des modes de propagation des épidémies parmi les cas répertoriés de sida, entre 1997 et 2001 ; prévalence du VIH dans la population générale ; risques majeurs ; indicateurs de variations
Algérie	1985	0,1	1 067 (1/01) [r] ; 13 000 (adultes) [e]	27 (sida)	1,2 chez les prostituées (1988). 10 sur 20 prostituées (2000) ; 3 sur 139 prostituées (2000) ; centres de traitement des MST, 6 sites, 1,3 à Tamanrasset, 4 à Oran, reste zéro (2000)	41 % hétérosexuels, 5 % homosexuels, 18 % IDU, 10 % sang, 2 % transmission mère-enfant, <1 autres, 24 % inconnu ; 0,9 % de prévalence du VIH sur 4 sites prénatals (2000) ; 0,3 % sur 345 malades de la tuberculose (1998) ; 0,4 % sur 1.984 futures mères ('00) ; forts taux de migrants en provenance d'Afrique du centre et de l'Ouest transitant par les régions méridionales ; prostituées d'Algérie et d'ailleurs.
Barheïn	1985	0,3	216 (décembre 2000) [r] ; < 1 000 [e]	7 (sida) ; VIH, juillet 2001	1,6 sur 242 enfants ayant subi des transfusions, atteints d'anémies hémolytiques (1995) ; 0,3 sur 291 IDU (2000) ; 0,9 à 2,3 chez les IDU (1998).	11 % hétérosexuels, 4 % homosexuels/bisexuels, 72 % IDU, 2,4 % transmission mère-enfant, 10 % sang, 67 % ensemble des cas chez les IDU (2001) ; 0 sur 2 079 donneurs de sang (1999) ; 0,2 sur 627 futures mères (1998) ; commerce sexuel migrant, narcotiques.
Arabie Saoudite	—	—	—	34 (sida, 1997-1998) ; 2/3 des cas de sida parmi les hommes expatriés.	2,3 chez les enfants transfusés (1989) ; 0,14 sur 2 102 IDU (1997).	72 % hétérosexuels, 6 % homosexuels, 2 % IDU, 15 % sang, 4 % transmission mère-enfant (1997-1998).
Djibouti	1986	2,8	3 500-14 500 [e] (1999)	21 (sida, 1997-98) ; 54 parmi la cohorte des 15 à 29 ans	22 chez les malades de MST (1996) ; 28 chez les prostituées (1998) ; >50 chez les prostituées des rues et 26 chez les prostituées des bars (1996).	99 % hétérosexuels, 1 % transmission mère-enfant (1997-1998), 1,9 % dans les dispensaires privés de soins prénatals (1999), 26 % chez les malades de tuberculose (2001) ; 1,8 à 3,1 % chez les donneurs de sang (2000) ; MST : 3,2 % syphilis chez les futures mères (1997) ; en 2002, population générale, 2,8 % (95 % IC 1,2 à 4,5 %, 1999) ; Niveaux élevés de commerce sexuel, réfugiés.
Égypte	1986	< 0,1	1 291 (juin 2002) cumul [r] 8 000 [e]	11 ; 17,3 Programmes nationaux de lutte contre le sida	1 sur 102 homosexuels (1999) ; 0,79 sur 382 homosexuels (2000) ; 0,86 sur 815 homosexuels (2001) ; 0 sur 129 prostituées (2001) ; 0 sur 920 malades de MST (2001).	45 % hétérosexuels, 21 % homosexuels, 6 % IDU, 16 % sang, <1 % transmission mère-enfant, 11 % inconnu ; 0,006 % chez les donneurs de sang (2000) ; 0 prénatal ; 0,6 % chez les malades de tuberculose ; 75 % infections contractées en Égypte.

TABLEAU 2.2 (suite)

Pays	Date du premier cas de sida observé	Taux de prévalence estimé chez les adultes (%) (UNAIDS/OMS)	Nombre d'adultes et d'enfants atteints du VIH (comptabilisés (c) et estimés (e) par l'UNAIDS/OMS, fin 2001)	Cas de sida ou de contamination par le VIH répertoriés chez les femmes (%)	VIH dans les groupes à risque (%)	Caractéristiques des modes de propagation des épidémies parmi les cas répertoriés de sida, entre 1997 et 2001 ; prévalence du VIH dans la population générale ; risques majeurs ; indicateurs de variations
Émirats Arabes Unis		0,18	2 300 (janvier 2000) [e]	—	—	—
Iran	1986	< 0,1	20 000 [e]	8	0,72 sur 140 277 toxicomanes ayant subi un test ; 0,5 sur 8.202 IDU (1998) ; 2,3 % parmi les détenus, principalement toxicomanes, en 2000 ; 0 sur 5 700 malades de MST (1998) ; 0 sur 1 605 prostituées (1998).	10 % sexuel ; 64 % IDU, 6 % sang, 1 % transmission mère-enfant, 19 % inconnu ; 4,2 % chez les malades de tuberculose (2000) ; triplement rapide VIH/sida en 2001 ; 4 % parmi les usagers des centres de conseil et dépistage volontaire (2001) ; prostitution, polygamie constituant aussi un facteur de risque.
Irak	1991	< 0,1	< 1 000 [e]	9	Dépistage obligatoire pour les détenus, les malades de MST, le personnel de santé et de l'hôtellerie ; tests avant le mariage, etc.	9,3 % hétérosexuels, 86,1 % sang, 4,6 % transmission mère-enfant (1999) ; MST : nb cas répertoriés en hausse entre 1999 et 2000 ; 0,1 % syphilis et 0 VIH chez les femmes enceintes (2000).
Jordanie	1986	< 0,1	118 (juin 2001) [r] ; < 1 000 [e]	13 (sida) ; 26 (Programmes nationaux de lutte contre le sida)	Pas de surveillance à l'exception des détenus ; aucun cas de contamination sur 945 testés (2000).	40 % hétérosexuels, 3,2 % homosexuels, 3,2 % DIU, 38,9 % sang (1997-2000), 1,1 % transmission mère-enfant, 13,7 % inconnu ; seulement 1/280 malades de la tuberculose contaminés ; 0,03 % parmi les donneurs de sang ; aucune des futures mères soumises aux tests 1992, 1994, 1999 ; une étude KAP (1999) sur 3.200 individus a révélé 4 à 16 % de cas de sexualité hors mariage la dernière année, dont 10 % homosexuels.
Koweït (expatriés inclus)	1984	0,12	835 (décembre 2000) [r] ; 1 300 [e]	18	0 sur 2 600 malades de MST ; dépistage obligatoire pour les personnes incarcérées pour violence sexuelle, IDU en traitement/sous tutelle ; 0 sur 193 IDU (2000).	73 % hétérosexuels, 6 % homosexuels, 6 % IDU ; 2 % transmission mère-enfant ; 6 % sang, 8 % inconnu ; 275 307 individus soumis au dépistage en 2000, 1,7 % séropositifs ; 0 chez les femmes enceintes ; MST : hausse de 1 002 en 1991 à 6 043 en 1997 ; 30 % gonorrhée, 1,6 % syphilis ; VIH types B & C, via l'Inde ; migrants/sexe/héroïne.
Liban	1984	0,09	613 (décembre 2000) [r] ; 1 500 [e]	16 (sida) ; 21 (décembre 1999 cas de VIH/sida)	En 1999, 0 infectés sur 205 prostituées sélectionnées ; 0,2 chez les détenus ; 6,3 de tous les cas de VIH sont des IDU, tous des hommes.	47 % hétérosexuels, 28 % homosexuels, 3 % IDU, 15,6 % sang, 6,7 % transmission mère-enfant (cumul) ; >50 % cas récents d'origine locale ; pourcentage de femmes en hausse ; les enquêtes comportementales sur la population générale, pour 1991 et 1996, montrent une chute de l'utilisation permanente de préservatifs de 40 à 33 %.

Lybie	1990	0,2	611 (1999) [r] ; 1 182 (fin 2000) [r] ; 7 000 [e]	—	571 nouveaux cas de contamination en 2000, 98 parmi les IDU.	56 % hétérosexuels, 22 % sang, 22 % transmission mère-enfant (cumul), mais actuellement imprécis ; pics dans les hôpitaux par manque de contrôle de la contamination, 370 enfants en 1998 ; 22 % chez les donneurs de sang (1998) ; 0,3 % sur 296 malades de la tuberculose (1998).
Maroc (expatriés inclus)	1986	0,1	809 (septembre 2000) [r] ; 13 000 [e]	36 : 50 (parmi les nouveaux cas)	0,16 chez les malades de MST (2000) ; pas de surveillance pour les prostituées, les IDU et les homosexuels.	70 % hétérosexuels, 9 % homosexuels, 6 % IDU, 3 % sang, 2 % transmission mère-enfant, 6 % autres, 4 % inconnu ; <1 % chez les futures mères (2001) ; taux en hausse dans certaines zones, Tanger davantage chez les IDU, Marrakech davantage chez les homosexuels. 94 % de tous les cas chez les Marocains.
Oman	1987	0,1	600 (février 2001) [r] ; 1 300 [e]	32	En 1999, 5 sur 135 IDU arrêtés ; 8,3 sur 60 IDU (2000) ; 0 VIH sur 337 malades de MST (2001).	41 % hétérosexuels, 11 % homosexuels, 2 % IDU, 22 % sang, 6 % transmission mère-enfant, 2 % autres, 17 % inconnu ; 2 % chez les malades de tuberculose (2000) ; MST : le taux d'incidence sur les cas répertoriés a chuté de 92 à 48,6 pour 100 000 entre 1996 et 2000 ; parmi 245 hommes dans les clubs sociaux, 13 % sexualité hors mariage pour la dernière année (1995).
Qatar	—	0,09	300 [e]	29 (sida, cumul)	En 1999, 5 sur 2 249 malades de MST.	20 % hétérosexuels, 4,8 % homosexuels, 58 % sang, 8 % transmission mère-enfant, 9,6 % inconnu ; 0 sur 2 464 donneurs de sang (1999).
Somalie	1987	1,0	43 000 adultes [e]	—	2 à 4 chez les prostituées (1990)	Peu d'information, transmission mère-enfant 3 % ; 3 à 9 % chez les futures mères (2000) ; donneurs de sang de 0,8 % à 4,4 % ; 6,9 % sur 649 malades de tuberculose (1999).
Soudan	1985	1,6	450 000 [e]	29,8 (sida)	1 chez les émigrants, 4,3 sur 470 réfugiés, 4,4 parmi les personnes prostituées, 2,5 parmi les vendeurs de thé, 1,6 parmi les malades de tuberculose (2002).	97 % hétérosexuels, 3 % transmission mère-enfant (1997-2001), 1,4 % VIH chez les donneurs de sang (2000) ; 1 à 5 % centres de soins prénatals, 7,7 à 20 % malades de tuberculose ; augmentation nette à partir de la fin des années quatre-vingt, généralisation milieu années 1990 ; MST : 2 % syphilis chez les futures mères, 9 % chez les malades de MST (2001) ; enquête nationale n=7 385, 1,6 % (2002).

TABLEAU 2.2 (suite)

Pays	Date du premier cas de sida observé	Taux de prévalence estimé chez les adultes (%) (UNAIDS/OMS)	Nombre d'adultes et d'enfants atteints du VIH (comptabilisés (c) et estimés (e)) par l'UNAIDS/OMS, fin 2001)	Cas de sida ou de contamination par le VIH répertoriés chez les femmes (%)	VIH dans les groupes à risque (%)	Caractéristiques des modes de propagation des épidémies parmi les cas répertoriés de sida, entre 1997 et 2001 ; prévalence du VIH dans la population générale ; risques majeurs ; indicateurs de variations
Syrie	1987	0,01	145 (juillet 1999) [r] ; 800 [e]	21 (juillet 1999, Programmes nationaux de lutte contre le sida)	Pour 1998, malades de MST 0,12 ; prostituées 0,12 ; filles de bars 0,04 ; homosexuels 0,59 ; 0 chez les IDU.	73 % hétérosexuels, 8 % homosexuels, 8 % IDU, 8 % sang, 4 % transmission mère-enfant (1997-2000) ; 250 000 individus soumis au dépistage chaque année, presque toujours de façon obligatoire ; 0,0015 % chez les donneurs de sang, 0,005 % chez les Syriens qui voyagent, avant leur départ ; peu de cas détectés ; MST : avril à juin 1999, 2 342 cas répertoriés sur 4 centres selon la méthode du syndrome.
Tunisie (expatriés inclus)	1985	0,06 (mars 2001)	985 (décembre 2000) [r] ; 2 200 [e]	40 (sida, 1998-1999)	0 à < 1 % chez les prostituées répertoriées sur les années 1990 ; 0 sur 570 prostituées (1999), 0,22 sur 458 prostituées (2001).	51 % hétérosexuels, 10 % homosexuels, 27 % IDU, 8 % sang, 4 % transmission mère-enfant (1998-1999) ; 0 sur 108 futures mères (1999) ; > 50 % cas de sida détectés ; toutes les femmes contaminées et 30 % des hommes avaient contracté l'infection en Tunisie ; forte proportion parmi les expatriés ; 0,25 % chez les malades de tuberculose (1996) ; 0,003 % chez les donneurs de sang.
Yémen	1990	0,01	960 (décembre 2000) [r] ; 9 900 [e]	33 (2000) ; ~ 50 VIH (2000)	5 sur 88 prostituées (1998) ; 3 sur 585 malades de MST (1998) ; 27 sur 147 détenus (1998) ; 2,7 chez les prostituées (1999) ; 7 chez les prostituées (2001) ; 1,8 sur 284 malades de MST (2000).	77,3 % hétérosexuels, 15,9 % homosexuels, 6,8 % sang (1998) ; plus de 50 % des infections contractées au Yémen ; le taux hommes/femmes est passé de 4/1 en 1995 à 2/1 en 1999 et 1/1 en 2000 ; 0,7 % sur 11 070 individus « faiblement exposés » (1998) ; de 0,04 % sur 19.813 donneurs de sang en 1998 à 0,28 % en 2000 ; 6,9 % chez les malades de tuberculose (1999) ; 45 % des infections par le VIH chez les Yéménites.

— non-disponible.

Note : Les proportions représentent les nombres de cas de sida et les modes de transmission supposés d'après OMS, 2001. IC = intervalle de confiance ; IDU = toxicomane utilisateur de seringues ; KAP = knowledge, attitude, practice (connaissance, comportement, habitudes) ; MST = maladies sexuellement transmissibles.

Source : Abdelmajid, 1999 ; Al-Jowder, 2001 ; Al-Owaish et autres, 2000 ; As'ad et Al-Azzeh, 2001 ; Ba-Omer, 2001 ; Ben Said, 2001a, 2001b ; Bouakaz, 1998 ; Bouakaz, 2000 ; Programme national égyptien de lutte contre le sida, 2001 ; El Nakib, 2001 ; OMS/EMRO, 1995, 2000a ; 2001a ; El-Sayed, 2002 ; Etchepare, 2001, 2002 ; Family Health International, 2001c ; Farza, 2001 ; Hermez, 2002 ; Iran, 2001 ; Programme national koweïtien de lutte contre le sida, 2001 ; Ministère de la santé, Djibouti, 2001 ; Ministère de la santé en collaboration avec UNAIDS et OMS, Jordanie, 1999 ; Ministère de la santé et de la population, Egypte, 2001 ; Ministère de la santé publique, Tunisie, 2000, 2001 ; Programme national marocain de lutte contre le sida, 2001 ; Mosbah et Ben Yahi, 1998 ; Programme national iranien de lutte contre le sida, 2001 ; Programme national soudanais de lutte contre le sida, 2001 ; Njoh et Zimmo, 1997 ; Preble, 1996 ; Ministère de la Santé et de la Population/Direction de la Prévention/Institut National de la Santé Publique, Algérie, 2000 ; Rosa, 1999 ; Sow, 2001 ; Programme national soudanais de lutte contre le sida, 2000, 2001, 2002 ; Syrie, 2001a ; Tchupo, 1998 ; UNAIDS/OMS, 2002a, 2002b, 2002c, 2002d, 2002e, 2002g, 2002h, 2002i, 2002j, 2002k, 2002l, 2002m, 2002n, 2002o, 2002p, 2002q, 2002r, 2002s, 2002t.

Une typologie des facteurs de risque

Faute d'une compréhension solide, du point de vue épidémiologique et sociologique, des conditions et des déterminants des comportements risqués dans l'ensemble de cette région, les stratégies d'action restent sérieusement limitées. Dans un souci de faciliter un débat concernant la conception de moyens nouveaux et créatifs de réalisation de programmes de prévention correctement ciblés, nous étudions dans la section qui suit les facteurs de risque présumés essentiels dans la région, et nous nous efforçons d'étudier une sélection de facteurs sociaux, économiques et structurels susceptibles d'avoir un impact en termes de vulnérabilité.

Les groupes à risque

Pour simplifier, les gens sont exposés au risque de contamination par le VIH en raison de ce qu'ils font ou de ce qu'ils sont susceptibles de faire lorsqu'ils se retrouvent dans des conditions qui s'y prêtent. Le premier groupe est constitué de ceux qui ont actuellement (ou ont eu, au cours de l'année écoulée) plusieurs partenaires sexuels et de ceux qui se droguent par injection. Le deuxième groupe est constitué de tous ceux qui peuvent se retrouver, de par leurs conditions de vie, dans des situations dans lesquelles ces comportements ont plus de chances de se produire, par exemple ceux qui s'éloignent de leur lieu de vie habituel, surtout dans des conditions incertaines ou précaires.¹ Une situation de vulnérabilité qui est fréquente est celle dans laquelle les toxicomanes passent des drogues non-injectables aux drogues injectables par suite d'une variation des conditions de disponibilité ou des prix des stupéfiants. Entre ces différents groupes, les stratégies de prévention varient considérablement. Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, il est évident que certaines catégories de personnes se trouvent confrontées de façon immédiate à des risques élevés : il s'agit des IDU, des prostituées, de leurs clients et des homosexuels.

Dans cette région, rares sont les pays qui ont véritablement tenté de déterminer combien de ces personnes sont exposées, quelle est leur localisation et comment il serait pos-

sible de leur faire bénéficier d'une éducation et de certains services. À court terme, les conséquences négatives possibles d'une connaissance de ces activités par le public peuvent, dans bien des circonstances, constituer un sérieux problème, mais à long terme, le manque de connaissance en la matière risque de compromettre gravement les possibilités de planification et de définition des programmes de prévention de la contamination par le VIH. Apprendre à connaître le moyen d'agir sur ces groupes d'individus de façon discrète et sereine constituerait une précieuse contribution aux Programmes nationaux de lutte contre le sida dans toute la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale. Un tel effort suppose un cadre d'action politique spécifique, un engagement des responsables politiques et la collaboration créative des ONG, des chercheurs en sciences sociales et des agents du secteur de l'assistance sociale ainsi que des gestionnaires des programmes de lutte contre le sida et contre la propagation du VIH.

Les utilisateurs de drogues injectables

D'après les rapports de l'UNODC, à l'Est de la Méditerranée et dans certaines parties de l'Afrique du Nord, les filières du trafic de drogue se sont déplacées au cours de ces dernières années. Au trafic bien connu de l'opium et de l'héroïne de l'Afghanistan à l'Iran s'ajoute une importante voie de transit à travers la Turquie et les pays avoisinants qui approvisionne les marchés des États du Golfe en héroïne et autres stimulants. Par ailleurs, des drogues illicites sont diffusées sur la péninsule arabique depuis le Sud-Ouest de l'Asie, et certains pays de la région produisent des drogues synthétiques. Là comme ailleurs, l'évolution des chemins empruntés par le trafic de la drogue engendre une évolution locale des profils de consommation de drogue aux diverses étapes de ces chemins. L'évolution sociale et les conséquences à long terme des conflits prolongés qui sont caractéristiques de cette région peuvent aussi avoir un impact sur l'usage de la drogue (Toufic, 1996-1997). Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, la plupart des pays publient des statistiques indiquant une recrudescence de l'usage de la drogue, surtout parmi les jeunes, et il s'agit principalement de cannabis, d'héroïne et de stimulants, et d'une utilisation de fenetylline à grande échelle. Un fort sentiment de honte, culturellement et socialement enraciné, est susceptible de dissuader les utilisateurs de reconnaître qu'ils sont dépendants et de solliciter de l'aide (UNODC, 2003). Compte tenu de l'absence de surveillance adéquate du VIH ainsi que d'un réel manque d'information concernant le commerce de la drogue et les profils de consommation, il est possible, à l'évidence, que l'on découvre des épidémies de VIH jusqu'alors invisibles chez les toxicomanes dans l'ensemble de la région.

Un nombre significatif de pays de la région ont compilé des statistiques sur la présence du VIH chez les IDU. Des poussées d'épidémie ont été étudiées au Bahreïn, en Iran, en Libye et des phénomènes de concentration de l'infection ont été signalés en Algérie, en Égypte, au Koweït, au Maroc, à Oman et en Tunisie. Dans une moindre mesure, l'Arabie Saoudite, la Jordanie, le Liban, le Qatar et la Syrie ont aussi observé ce type d'accumulation de cas. Pour les Émirats arabes unis et le Yémen, l'information n'était pas dis-

ponible, bien que l'on constate au Yémen une relative reconnaissance des possibilités de transmission du virus chez les IDU. En 1998, les IDU représentaient les deux tiers de l'ensemble des cas de sida comptabilisés au Bahreïn et la moitié de l'ensemble des cas comptabilisés en Iran. Sur la même année, les IDU représentaient 30 % de l'ensemble des cas de VIH (n'ayant pas encore dégénéré en sida) comptabilisés en Iran, ce chiffre étant passé à 65 % en 2001. Dans une étude réalisée en 1991, la prévalence du VIH parmi 242 IDU traités à Manama, au Bahreïn, atteignait 21,1 % (Al-Haddad et autres, 1994 ; OMS/EMRO et UNAIDS, 2001), bien que des études ultérieures aient révélé des taux nettement plus faibles. Oman a annoncé un taux de VIH de 5 % parmi les IDU soumis à un dépistage dans le cadre de leur prise en charge en 1999 (OMS/EMRO et UNAIDS, 2001). Le Maroc publie le chiffre de 7 % pour le cumul général des cas de sida parmi les IDU (Programme national marocain de lutte contre le sida, 2001).

Dans ces pays, les IDU ont été soumis à des tests lorsqu'ils se trouvaient en contact avec les autorités, soit par suite de leur arrestation soit parce qu'ils se trouvaient dans des centres de traitement. Si, en Tunisie, le tiers environ des cas de sida répertoriés concernaient les IDU, on pense qu'ils ont tous contracté le virus à l'étranger. En raison d'une stricte application des sanctions pour utilisation illégale de drogues dans la plupart des pays de la région, atteindre les IDU qui ne se font pas traiter est difficile, et une surveillance des IDU au niveau de la voie publique n'a pas été possible. Aussi ignore-t-on l'importance du biais dans les taux de prévalence cités. La plupart des estimations se fondent sur l'analyse du cumul des cas de sida répertoriés.

À l'exception de l'Égypte (Bureau des drogues et de la criminalité des Nations Unies (UNODCCP), 2001b, 2001c), de l'Iran (Razzaghi et autres, 1999), du Liban (Ingold et Coopérative libanaise de recherche, 1994) et du Maroc, à notre connaissance, il n'y a pas eu d'évaluation rapide ni d'autres études pour établir le profil des IDU dans chaque pays. Même là où de telles évaluations ont été faites, elles risquent d'être vite périmées car les profils d'utilisation de la drogue sont susceptibles d'évoluer rapidement et de rester invisibles. À Beyrouth, l'évaluation de 1994 a permis d'estimer que 10 % des toxicomanes étaient des IDU et que 40 % de ces IDU partageaient leurs aiguilles. En Égypte, plusieurs études montrent que la pratique des injections pose sans doute un grave problème, même si un meilleur échantillonnage serait nécessaire pour que l'on puisse en être certain (voir Encadré 3.1). En Jordanie, on dit qu'il y aurait eu récemment une évolution de la consommation de haschisch à la consommation d'héroïne, de cocaïne et d'opium injectables (UNODCCP, 2000c). Au Koweït, d'après la presse locale, il y aurait plus de 29 000 individus dépendants de la drogue sur une population de 1,7 million d'habitants (Reuters, 2001a ; Whitaker, 2000). Si la consommation d'héroïne et d'opium est officiellement connue, on n'a pas trouvé d'estimations de la proportion de consommateurs utilisant le mode d'administration par injection. On estime à 7 000 le nombre de toxicomanes en Libye, dont la plupart s'injecteraient de l'héroïne. En Libye, les toxicomanes constituaient pratiquement l'ensemble (564) des 571 nouveaux cas répertoriés de contamination par le VIH au cours de l'année 2000 (UNAIDS/OMS, 2002k).

ENCADRÉ 3.1**Les utilisateurs de drogue injectable en Egypte**

En Égypte, on dispose de davantage d'information sur le risque de contamination par le VIH lié à la consommation de drogue que sur le risque lié aux pratiques sexuelles. Depuis le milieu des années 1990, pas moins de trois études fondamentales ont montré que des efforts considérables en matière de prévention du VIH étaient nécessaires du côté des toxicomanes. La première étude a révélé que 6 % des 16 645 jeunes répartis dans cinq gouvernorats avaient fait usage de drogues illicites à un moment de leur vie. D'après la deuxième étude, une évaluation de la situation réalisée par le Ministère de la santé publique et l'UNODC dans cinq gouvernorats (n = 697), 16,4 % des 175 toxicomanes d'un échantillon disaient s'être fait des injections. Les injections étaient plus fréquentes au Caire, et le Sinaï venait ensuite. Les drogues injectées étaient l'héroïne et des médicaments psychotropes, souvent achetés sous forme de comprimés et concassés. Ces IDU étaient le plus souvent des travailleurs qualifiés plus âgés, célibataires et dont les revenus étaient plus élevés que ceux des autres toxicomanes. 1,1 % d'entre eux étaient homosexuels et 2,2 % étaient bisexuels.

D'après la troisième étude, plus récente, portant sur les patients des centres de désintoxication (n = 152), 41 % de ces derniers étaient des IDU. Le partage du matériel et des pratiques sexuelles risquées y apparaissaient comme deux facteurs de risque de contamination par le VIH. Ces études montrent combien il est nécessaire de parvenir à toucher les toxicomanes en dehors des centres de traitement afin de pouvoir mettre en place des programmes de traitement, d'éducation et de dépistage adaptés.

Source : El-Sayed, 2002 ; UNODCCP, 2001b, 2001c.

En Iran, la situation des IDU est mieux connue qu'ailleurs (Aqaie, 2001 ; Arbesser, Bashiribod et Sixl, 1987 ; *Iran Daily*, 2001b ; Iran, 2001 ; Moore, 2001 ; Muir, 2002 ; Programme national de lutte contre le sida, Iran, 2001 ; Razzaghi et autres, 1999). Les premières percées réelles de l'épidémie ont été observées en 1991 chez les détenus, arrêtés pour la plupart pour usage illégal de stupéfiants. On n'a pas relevé de présence très probante du VIH avant 1996, lorsque dans deux prisons, on a constaté que 29 % des toxicomanes pratiquant des injections étaient contaminés. En 2001, 10 centres de détention ont signalé des cas de contamination par le VIH chez les utilisateurs de drogue injectable, un des sites ayant relevé un taux non-inférieur à 63 %. Les taux de prévalence sont moins élevés chez les IDU en cours de traitement : on a récemment relevé des taux de 12 %, ce qui indique une forte probabilité de transmission du virus en milieu carcéral.

Une évaluation rapide a été réalisée en Iran en 1998 par Razzaghi et autres (1999), avec l'aide de l'UNODCCP (devenu depuis l'UNODC). Cette étude, remarquablement bien menée, a montré que l'usage de l'héroïne et de l'opium était répandu, que près de 2 % de la population utilisait ces drogues, soit un taux comparable à celui de la Russie et plusieurs fois plus élevé que celui des États-Unis. Les injections étaient estimées représenter 10 à 18 % des cas actuels, avec un total estimé aux environs de 200 000 IDU. Il s'agissait d'hommes dans plus de 90 % des cas, mais les femmes étaient probablement sous-représentées. Parmi les hommes, l'âge moyen de l'initiation aux drogues illicites

était de 22 ans \pm 7 ans. Environ la moitié des hommes étaient mariés, dont un tiers disaient avoir eu des relations sexuelles extraconjugales, principalement avec des prostituées. 70 % environ des hommes non-mariés avaient des relations sexuelles, 74 % avec des prostituées et 30 % avec d'autres hommes. L'évaluation a aussi montré le grave manque de prévention du VIH parmi les IDU et le manque d'adéquation des programmes de traitement. Depuis, l'Iran a tenté de généraliser et d'améliorer les possibilités de traitement, notamment les essais de méthadone, et a lancé des programmes de lutte contre les conséquences néfastes de la toxicomanie comprenant l'échange des aiguilles (U.S. Census Bureau, 2001 ; Yeghaneh, 2001). Des études récentes confirment que les injections de drogues sont fréquentes chez les détenus. Les organismes nationaux, en Iran, ont réagi activement au grave risque de transmission du VIH, maintenant bien connu, à travers le pays, et ont aussi commencé à étudier les problèmes liés à la prostitution (Dareini, 2001 ; Reuters, 2001b).

La plupart des autres pays n'ont pas encore réalisé des études aussi sérieuses. Compte tenu du fait qu'au moins neuf autres pays ont relevé un nombre significatif de cas d'infection chez les IDU, le manque de statistiques sur ce sujet reflète l'ambivalence généralisée à propos de la toxicomanie dans la région. En 1999, l'OMS/EMRO a organisé une consultation internationale sur les mesures pour réduire la demande : la plupart des pays ont déclaré pratiquer une politique mixte consistant à considérer les toxicomanes à la fois comme des criminels et comme des malades (OMS/EMRO, 1999). Les centres de traitement sont rares ; ils sont généralement fondés sur la désintoxication et n'ont souvent pas de programme de prévention des récidives. La méthadone et les autres produits de substitution ne sont pas communément disponibles. Les mesures de limitation des dommages, destinées à contenir la propagation du VIH et des autres infections sanguines dans les prisons, n'ont pas été envisagées, sauf en Iran, mais elles risquent d'être indispensables dans plusieurs pays.

La prostitution

Dans le monde entier, des femmes et parfois des hommes se livrent au commerce du sexe, et la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale n'y fait pas exception. Les principes religieux, la pression sociale et dans certains cas les châtiments sont rudes, et font que les divers types de commerce sexuel restent cachés. Néanmoins, de nombreux travaux soulignent l'importance des risques auxquels se retrouvent confrontées les personnes qui se prostituent dans un certain nombre de pays de la région. C'est de Djibouti que proviennent les informations les plus complètes sur la prostitution dans la région, ce trafic y étant bien moins occulté qu'ailleurs (Constantine et autres, 1989, 1992 ; Couzineau et autres, 1991 ; Etchepare, 2001 ; Fox et autres, 1988, 1989a, 1989b ; Philippon et autres, 1997 ; Rodier et autres, 1993a, 1993b ; Tchupo, 1998). Auparavant, c'étaient les femmes des pays avoisinants qui dominaient ce marché, mais depuis peu, les femmes de Djibouti y sont de plus en plus nombreuses. En 1998, dans une brève évaluation de la situation à Djibouti en matière de MST, il était fait une distinction entre plu-

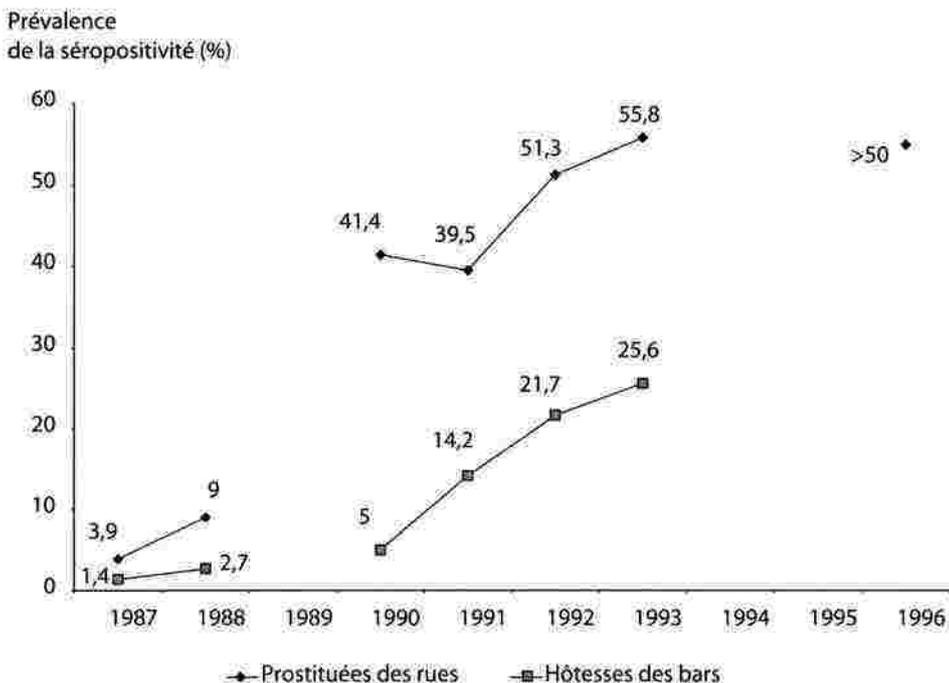
sieurs niveaux de prostitution. La liste commence par les femmes relativement bien payées que l'on peut rencontrer dans les hôtels à cinq étoiles, qui proposent leurs services aux riches, qu'ils soient de Djibouti ou de l'étranger, pour se terminer avec les enfants des rues prostitués et les bordels pour femmes des quartiers de réfugiés dont il est constaté que la plupart sont aujourd'hui abandonnés. Entre les deux, il y a les personnes qui se prostituent dans les bars et dans les restaurants pour militaires, les prostituées des rues qui proposent des services « rapides », principalement aux hommes de Djibouti, en divers endroits autour de la ville, ainsi que les geeza (somalienne) qui officient là où les hommes mâchent du *gat* (Tchupo, 1998). Pour pouvoir toucher ces diverses catégories de femmes, des stratégies spécifiques seraient nécessaires. Les statistiques épidémiologiques que l'on a pu rassembler montrent distinctement qu'il existe des taux de prévalence du VIH différents, entre les hôtesse et prostituées des bars et les prostituées des rues (voir Figure 3.1). À Djibouti, les autorités militaires françaises ont soumis les filles des bars à un dépistage et leur ont proposé des services de traitement des MST, dans un souci de prophylaxie à long terme.

L'Algérie, le Liban, le Maroc, la Tunisie et la Syrie disposent aussi de statistiques relatives à la prévalence du VIH chez les prostituées. La Tunisie répertorie depuis un certain temps les prostituées, mais le chiffre officiel n'est qu'aux alentours de 300 alors que l'on pense que bien davantage de prostituées font partie d'un trafic clandestin. À Sanaa, au Yémen, les prostituées fréquentent des rues connues et travaillent dans un système dans lequel on peut louer des chambres dans les appartements des femmes qui font partie du réseau. On pense qu'un grand nombre de ces femmes proviennent des pays africains voisins. D'après un rapport récent, la prévalence du VIH, parmi des prostituées arrêtées au Yémen, atteignait 7 % (Al-Qadhi, 2001). Dans d'autres pays, on rapporte que des femmes provenant de divers pays, et surtout d'Asie du Sud et du Sud-Est, sont recrutées en certains lieux plus ou moins clandestins (Blanchet, 2002). L'Égypte a ses « appartements rouges », des locaux à louer consacrés uniquement à cette activité (El-Gawhary, 1995). La prostitution des rues et d'autres formes de commerce du sexe ont fait l'objet de travaux relatifs au Caire au cours de ces dernières années. Dans un certain nombre de pays, des « call-girls » mieux payées officient dans les meilleurs hôtels. En raison d'un grand besoin de maintenir ce commerce dans l'ombre, les intermédiaires qui procèdent par téléphone portable jouent un rôle majeur, et il semble que la plupart de ces intermédiaires soient des femmes. En Iran et au Liban, de plus en plus, la prostitution est ouvertement reconnue comme un problème social. En Iran, des préoccupations se font jour sur les possibilités que le mariage temporaire, ce que l'on appelle *sigheh* ou *mutaa*, contribue à la propagation du VIH (Haeri, n.d. ; Heise, Moore et Toubia, 1996). Le Bahreïn et l'Iran ont aussi tenté de s'attaquer au trafic des femmes pour la prostitution (Reuters, 2001a, 2001b).

Il est rare que des études en profondeur aient été réalisées concernant le commerce du sexe dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, et une partie de l'information reprise dans le présent ouvrage est basée sur des discussions avec la

FIGURE 3.1

Évolution de la prévalence de la séropositivité (VIH) parmi les hôtesses des bars et les prostituées entre 1987 et 1996 à Djibouti



Source : Etchepare, 2001.

population locale, sans qu'elle ait fait l'objet d'une confirmation. Les principaux clients des prostituées n'ont pas été identifiés. Il est cependant évident que des statistiques adéquates existent, comme les taux de plus en plus élevés chez les personnes atteintes de MST, pour indiquer les possibilités latentes de propagation du VIH, d'abord parmi les prostituées puis, lorsque le virus s'est répandu dans ce milieu, parmi leurs clients et parmi les femmes et les enfants de ces derniers. Le fait que dans la plupart de ces pays, un dépistage sporadique chez quelques centaines de prostituées faisant l'objet d'un suivi n'ait pas révélé des taux élevés de contamination par le VIH ne devrait pas constituer une excuse pour faire preuve de complaisance ou de négligence. Tant que ces individus ne feront pas l'objet d'une éducation à la prévention et ne bénéficieront pas de services spécialisés pour le traitement des MST, le risque au niveau national continuera de croître. Il importe que toutes les parties concernées affrontent ces questions dans le cadre d'un processus politique spécifique, caractérisé par le souci d'atteindre un niveau culturellement tolérable d'action sociale et de prestation de services au nom de la santé publique.

Les homosexuels

Comme ailleurs, la pratique sexuelle la moins acceptée dans cette région est l'homosexualité. L'homosexualité étant strictement interdite par les enseignements religieux, les hommes qui la pratiquent cachent leurs préférences à leur famille et à leurs amis, mais on a observé des cas de transmission du VIH par les relations homosexuelles en Algérie, en Égypte, en Jordanie, au Koweït, au Liban, au Maroc, à Oman, au Qatar, en Syrie, en Tunisie et au Yémen, et l'on pense que des pratiques aggravant les risques peuvent s'observer au sein de cette catégorie d'individus (Khan, 1995, 1996 ; Schmitt et Sofer, 1992). En Égypte, un des rares pays dans lesquels on ait pu soumettre à plusieurs reprises à des tests de dépistage des échantillons de la population des homosexuels, la prévalence du VIH s'est maintenue autour de 1 % au cours de ces dernières années, alors que les homosexuels représentent 32 % des cas de sida récemment recensés (1997-2001) (USAIDS/Égypte, 2001b) (voir Encadré 3.2). Bien que, dans le cadre du Programme national de lutte contre le sida, le besoin d'une prévention active soit reconnu, l'arrestation récente, rendue publique, de jeunes hommes accusés d'avoir eu des relations homosexuelles a rendu ces efforts plus difficiles (El Deeb, 2001 ; Fam, 2001).

Cependant, on continue de considérer que des actions discrètes peuvent être entreprises auprès des homosexuels pour les besoins de la prévention du sida. Il existe effectivement des projets qui permettent de toucher les homosexuels dans des pays culturellement similaires, par exemple au Maroc (Tawil et autres, 1999), au Pakistan et au Bangladesh (Jenkins, Ahmed et autres, 2001), et ces projets peuvent fournir des modèles pour d'autres projets similaires ailleurs. Ainsi, suite à une évaluation de la situation à Beyrouth, au Liban, des actions sociales de prévention du sida ont été entreprises récemment auprès des homosexuels.

ENCADRÉ 3.2

Les homosexuels en Égypte

Dans le cadre du Programme national de lutte contre le sida, une petite étude a été réalisée au Caire au début de l'année 1994, sur 58 homosexuels. Cette étude a été menée en utilisant un échantillonnage en boule de neige, ce qui a engendré un important biais lié à la participation, orienté vers la classe moyenne instruite, avec 96,5 % d'hommes instruits, 26 % de diplômés d'université et 37 % appartenant à des professions libérales. Dans cet échantillon, plus de 30 % des individus étaient mariés et 44 % avaient une activité bisexuelle ; 20 % se prostituaient et 67 % reconnaissaient avoir plus de cinq partenaires sexuels à la fois, et cependant 21 % seulement utilisaient des préservatifs, moins de 2 % les utilisant de façon régulière. Il n'existe pas de programme organisé pour les homosexuels, même si des groupes socialement liés ont eu des contacts avec le Programme national de lutte contre le sida. La dimension réduite de cette étude et la méthode d'échantillonnage indiquent un manque de représentativité et mettent en évidence l'importance d'une recherche à poursuivre avec rigueur dans le domaine social et comportemental.

Source : El-Sayed et autres, 1994.

Le Maroc semble être le premier pays de la région à avoir développé des programmes de prévention du sida pour les hommes qui se prostituent (Boushaba et Hammich, 2000 ; Boushaba et autres, 1999) ; plus récemment, un programme de ce type a aussi été lancé au Liban. On n'en sait pas assez sur l'importance du commerce homosexuel dans les autres pays de la région.

Les groupes vulnérables

La plupart du temps, on pense que les pratiques dont il a été question précédemment ne sont le fait que d'une petite minorité d'individus, à partir de laquelle une épidémie pourrait cependant s'étendre à une population plus importante. Dans tous ces pays, la majorité des habitants n'ont pas un comportement générateur de risque, et nous ne nous attendons pas à ce qu'une majorité de la population puisse être contaminée par le VIH. Il existe cependant, dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale comme ailleurs, un grand nombre d'individus en état de vulnérabilité, ce qui signifie simplement que si certains facteurs évoluent au cours de leur existence, ils peuvent se retrouver exposés. Au sein de ce groupe de population, prévenir la contamination relève d'un investissement à plus long terme dans le domaine de la santé de façon globale, et plus particulièrement dans le domaine de la santé de la sexualité et de la reproduction, qui contribuera à réduire les taux de mortalité chez les adultes comme chez les enfants ainsi que le coût exceptionnel que représente globalement le sida pour une nation. Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, ces groupes de population comprennent entre autres les migrants (travailleurs immigrés, réfugiés, touristes), les toxicomanes qui ne recourent pas aux injections et les jeunes.

Les migrants

Il est important de préciser dès le départ que d'après les études réalisées dans ce domaine, le simple fait d'être un migrant ne constitue pas un facteur de risque de contamination par le VIH. En revanche, les raisons pour lesquelles les gens traversent les frontières et les conditions de vie qui sont les leurs pendant et après leurs migrations ont souvent pour effet de les rendre plus vulnérables et peuvent engendrer des comportements à risque. Les migrations pour raisons liées au travail sont dans une large mesure les conséquences de la pauvreté, du chômage et d'un désir de trouver de meilleures conditions de vie. Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, le pays qui connaît le plus grand nombre de travailleurs qui émigrent est l'Égypte, où ce nombre est estimé à 3 millions d'individus, en majorité des hommes qui vont travailler principalement dans les pays du Golfe. Entre 150 000 et 350 000 individus feraient chaque année l'objet d'un dépistage du VIH avant d'aller travailler à l'étranger. L'Algérie, l'Iran, la Jordanie, le

Liban, la Libye, le Maroc, la Syrie et la Tunisie font aussi état de niveaux élevés d'émigration. Il est difficile d'obtenir des chiffres exacts, et la plupart des spécialistes pensent que les chiffres dont on peut disposer sont trompeurs car les taux d'émigration clandestine sont partout élevés. Du point de vue du pays hôte, la population totale d'Oman comprend 25 % d'immigrés du Sud et du Sud-Est de l'Asie. L'Arabie Saoudite héberge 850 000 Philippins. Dans de telles circonstances, la prévention du sida revêt une dimension véritablement internationale, et elle suppose une planification et une coopération sur plusieurs secteurs et sur plusieurs pays à la fois.

Dans de nombreux pays, les émigrés qui reviennent ont souvent été parmi les premiers hommes chez qui on a détecté le VIH ou observé le sida, et en contaminant leurs épouses, ils sont à l'origine d'une grande part des premiers cas de contamination des enfants par le VIH. Il semble que le profil général associé se compose de plusieurs éléments. Premièrement, lorsque beaucoup de gens émigrent vers l'Europe, par exemple à partir du Maghreb, la plupart des infections sont liées à la consommation de drogue par injection. Deuxièmement, lorsque les gens émigrent principalement vers les pays du Golfe (ou du Liban vers l'Afrique de l'Ouest et du Centre), la plupart des infections sont liées aux relations sexuelles, dans un contexte commercial ou autre. Troisièmement, il est difficile de prouver que les émigrés qui reviennent et qui sont infectés deviennent une source principale de contamination. Si leurs épouses et leurs nouveau-nés peuvent parfois hériter du virus, la propagation s'arrête généralement là. Les conditions de vie qui changent, entre autres le fait d'apprendre que quelqu'un est atteint du virus, semblent diminuer effectivement l'exposition au risque chez une partie importante de cette population, et à partir de ce groupe, l'infection n'engendre pas une épidémie. D'autres problèmes se posent néanmoins, car une migration continue signifie un cumul continu de nouvelles infections dans les pays d'origine, une certaine propagation inévitable à la population locale, et de façon plus inquiétante, de nombreux hommes qui ne sont pas atteints mais qui reviennent après avoir contracté de nouvelles habitudes, à savoir soit la toxicomanie, soit le recours au commerce sexuel, soit des relations sexuelles extraconjugales occasionnelles.

Le nombre de femmes bangladaises, éthiopiennes, indiennes, philippines, thaïlandaises et cinghalaises engagées comme employées de maison, personnel de ménage dans diverses sociétés ou divers établissements scolaires ou pour divers services dans la région dépasse largement le million. Une forte proportion de ces femmes peut se trouver exposée, par le biais d'une sexualité commerciale ou coercitive (Blanchet, 2002 ; Heise, Moore et Toubia, 1996 ; Khaled, 1995). Les femmes étant rarement présentes pendant des périodes longues, un turnover rapide fait que toute femme infectée par le VIH se retrouve rapidement hors de ces pays. Au Sri Lanka, au milieu des années 1990, les autorités sanitaires ont estimé que jusqu'à 40 % des femmes atteintes du VIH étaient des femmes ayant travaillé dans les États du Golfe, notamment comme employées de maison (OMS/EMRO, 2000a). Le Bangladesh et le Pakistan ont aussi enregistré des taux élevés de contamination par le VIH chez les individus revenant des États du Golfe. Des femmes provenant de la Communauté des États indépendants y sont aussi envoyées par des or-

ganismes, et récemment, le Bahreïn a tenté de s'attaquer à cet aspect du trafic (Reuters, 2001a). Les immigrées sont victimes d'abus sexuels et autres un peu partout sur la planète, en raison de leur situation financière et légale précaire. Ces problèmes ont été signalés à plusieurs reprises par l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), et pour les résoudre, des efforts exceptionnels de consultation et de coopération seront nécessaires aux plans international et régional.

Pour certains pays, la migration à court terme ou de transit joue aussi son rôle dans ce contexte global. La région Sud de l'Algérie, frontalière de la Mauritanie, du Mali, du Niger et de la Libye, semble particulièrement touchée (Bouakaz, 1998 ; Bouakaz, 2000). Aux frontières malienne et nigériane de l'Algérie le nombre d'émigrants déclarés est passé de 37 054 en 1978 à 61 444 en 1994 ; par ailleurs, au cours de cette période, 263 322 personnes sont arrivées du Maroc et 851 601 de la Libye. Ce nombre important de personnes, auquel s'ajoute le nombre encore plus grand de clandestins, comprend souvent des militaires qui cherchent à se changer les idées, des femmes qui cherchent du travail et qui migrent vers l'Europe, des intermédiaires qui reviennent et repartent et des Africains de l'Ouest et du Centre qui cherchent du travail. Du fait du marché commercial que crée cette population, des prostituées venant d'une autre partie de l'Algérie migrent aussi vers cette région, où l'on a pu constater au cours de ces dernières années de nettes hausses des taux de MST et du nombre de cas de sida. En 2000, une surveillance effectuée autour de la frontière Sud a montré qu'environ 1 % des futures mères étaient contaminées par le VIH. On considère que l'épidémie locale en expansion engendre une grave tension sur les services de santé dans la région Sud de l'Algérie et contribue directement au risque de propagation du VIH dans le pays.

Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, les réfugiés constituent un groupe de migrants particulièrement vulnérable. Au Yémen, par exemple, au cours de la dernière décennie, ce sont plus de 70 000 réfugiés, en provenance de Somalie et d'Éthiopie principalement, qui sont entrés à l'intérieur des frontières (Nations Unies, 2001). Marginalisés, pauvres et déracinés, ces hommes et ces femmes sont vulnérables aussi bien à la contamination par le VIH qu'au risque de se retrouver rapidement expulsés si cette contamination est détectée. Malgré les conventions internationales, le Haut commissariat des Nations Unies aux réfugiés (UNHCR) doit convaincre toute personne contaminée par le VIH de se faire volontairement rapatrier sous peine de risquer d'être incarcérée au Yémen. Une récente évaluation (voir Encadré 3.3) a montré que le Yémen n'avait pas développé une capacité importante de prendre en charge les personnes contaminées par le VIH, qu'il s'agisse des Yéménites ou des personnes d'origine étrangère.

La réalité de la vulnérabilité des réfugiés au VIH est mise en évidence par les résultats d'une enquête récente au Soudan, qui a montré que 4,3 % d'un échantillon de 470 réfugiés étaient contaminés (Programme national soudanais de lutte contre le sida, 2001). On sait peu de choses concernant les risques de contamination par le VIH parmi les nombreux réfugiés palestiniens du Moyen-Orient ou les millions de réfugiés afghans en Iran

et au Pakistan. Les problèmes particuliers que posent la prévention du sida et les soins aux personnes infectées dans une situation de conflit, ainsi que dans la période qui suit un conflit, sont de plus en plus visibles et de plus en plus souvent reconnus (Hankins et autres, 2002). La situation du Soudan est une situation post-confliktuelle émergente dans laquelle davantage de liberté et de mobilité peut engendrer une aggravation de la propagation du VIH à travers le pays et dans le voisinage. Les événements politiques récents ayant affecté le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord risquent d'aggraver ce scénario et méritent une attention particulière.

Généralement, les migrants ont moins accès aux services de santé et d'éducation que les résidents. Les campagnes d'éducation concernant le sida, comme lors de la Journée mondiale du sida, ne les concernent pas, et pourtant ces individus, comme les touristes, sont des cibles faciles dans le discours sur le sida en tant que mal importé. En Jordanie et en Égypte, par exemple, le contact entre les touristes et les nationaux qui travaillent dans l'industrie du tourisme est considéré comme une situation génératrice de risque de contamination par le VIH. Partout où ont eu lieu des tests de dépistage et autres études de la population locale de l'industrie du tourisme, comme en Égypte, on n'a pas trouvé de preuves de contamination par le VIH ; toutefois, l'échantillonnage, lié à une logique de commodité, ne saurait être considéré comme représentatif. La Tunisie reçoit chaque année 5 millions de touristes, mais les spécialistes locaux reconnaissent que les citoyens peuvent être exposés même sans être en contact avec les touristes.

Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, le tourisme des jeunes hommes aisés peut aussi contribuer au risque global de propagation du VIH. On estime que l'Égypte à elle seule reçoit chaque année 1 million de touristes provenant des pays du Golfe. Lors d'une enquête auprès d'hommes membres de certains clubs à Muscat, dans l'État d'Oman, en 1995 (n = 245), 13 % d'entre eux déclaraient avoir eu des relations extraconjugales au cours des 12 derniers mois (OMS/EMRO et UNAIDS, 2001). Selon un rapport, les tests pratiqués sur des donneurs de sang au Yémen ont montré que la prévalence du VIH était plus forte parmi ceux qui avaient voyagé à l'étranger (1,5 %) que parmi ceux qui n'avaient pas voyagé (0,05 %) (Département d'État américain, 2001). Même si l'on n'a pas réalisé d'études adéquates en profondeur pour confirmer les tendances réelles, l'hypothèse la plus courante est que les jeunes hommes (et dans une moindre mesure les jeunes femmes) s'adonnent à des pratiques sexuelles risquées lorsqu'ils sont loin de chez eux ou lorsqu'ils sont avec des étrangers, en raison du moindre risque d'être découverts. Cette hypothèse paraît raisonnable, et pour le passé comme le présent, elle peut permettre d'expliquer le fait que la prévalence du VIH reste faible dans l'ensemble de la région : à savoir qu'à l'exception de l'Éthiopie, de la Thaïlande et de certains États de l'Inde, les pays qui envoient des travailleurs dans la région ou les pays qui reçoivent de nombreuses visites des touristes de la région sont eux-mêmes des pays à faible prévalence. On ne peut pas garantir que la situation restera aussi favorable dans l'avenir.

Dans les programmes destinés à empêcher que le VIH se propage parmi les personnes itinérantes de toutes sortes, il faut commencer par reconnaître les nombreux aspects

structurels de la vulnérabilité de chaque situation. Il peut s'agir d'une pauvreté accentuée dans le pays d'origine, d'un recrutement par des intermédiaires illégitimes, de la servitude qu'entraîne l'endettement, de contrats avec peu de protections, de services légaux ou d'aide inadéquats, de difficultés linguistiques, d'une situation de promiscuité ou de conditions de vie contraignantes, et dans le cas des migrations clandestines, d'une grande réticence à utiliser n'importe quel service. Souvent, les travailleurs émigrés considèrent comme la plus grande priorité le fait de pouvoir économiser de l'argent pour l'envoyer à leur famille, ils négligent même les précautions les plus élémentaires pour eux-mêmes et s'exposent à un risque élevé de se faire dépouiller d'une manière ou d'une autre. La solitude et l'absence de réseau de soutien conduisent un certain nombre d'entre eux à pratiquer des activités dans lesquelles ils ne se risqueraient pas chez eux, comme la prostitution, le proxénétisme, etc. Là où les travailleurs immigrés sont bien organisés, il est possible de limiter ces aspects négatifs, les pays de provenance et les pays hôtes pouvant assurer de façon coordonnée une éducation et des services pour la prévention du VIH. Lorsque la migration est dominée par le court terme ou relève surtout du transit, les programmes transfrontaliers mis en place par les ONG et l'OIM dans la région du Mékong, en Asie, ainsi que les programmes soutenus par la Banque mondiale, l'UNAIDS et d'autres partenaires en Afrique occidentale peuvent servir de modèles, être étudiés et adaptés aux conditions particulières de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale.

La jeunesse

Dans toutes les sociétés, il est un facteur qui influence le comportement sexuel plus que les autres : l'âge. Même là où des valeurs sociales, religieuses et culturelles limitent les possibilités d'expérience sexuelle avant le mariage, la vulnérabilité des jeunes est importante. Il semble que dans la région, une assez forte proportion de la jeunesse soit exposée. En Tunisie, 21 % de l'ensemble des individus contaminés par le VIH ont entre 15 et 24 ans, et 93 % sont célibataires. Au Maroc, les célibataires représentent 63 % des cas de sida, et 40 % des cas de MST sont observés parmi les jeunes adultes de 15 à 29 ans. Au Maroc, de plus en plus, l'épidémie de VIH atteint les jeunes femmes aussi bien que les jeunes hommes. À Djibouti, parmi les cas de sida répertoriés, 3,8 % concernent les individus de 15 à 19 ans et 43,6 % ceux de 20 à 29 ans (Etchepare, 2001 : Rodier et autres, 1990). Le ratio hommes/femmes montre que les jeunes femmes sont plus souvent contaminées, avec un taux de 54,3 % contre 42,7 % pour les jeunes hommes. Si l'on sait que ces chiffres relatifs à Djibouti représentent les contaminations survenues il y a 5 à 10 ans, l'âge précoce auquel une forte proportion de gens ont été contaminés est frappant et inquiétant. La tension qui s'accroît entre le désir de conserver les valeurs traditionnelles et la modernisation de la société à travers des possibilités accrues dans les domaines de l'éducation, de la santé et des communications est une véritable source de conflit social

et politique. Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale comme ailleurs, les autorités religieuses et autres utilisent leur pouvoir d'influence pour contrecarrer tout ce qui apparaît comme une menace au maintien des formes traditionnelles de contrôle social, en particulier ce qui concerne la sexualité, et plus particulièrement la sexualité féminine (Althaus, 1997 ; Anderson, 2001 ; Bourqia, 1992 ; Davis, 1992 ; Ghannam, 1997 ; Ghurayyib, 1992 ; Goodwin, 1995 ; Gouvernement du Yémen/UNICEF/Banque mondiale/Radda Barnen, 1998 ; Govindasamy et Malhotra, 1994 ; Guenena et Wassef, 1999 ; Hal, 1997 ; Heikel et autres, 1999 ; Heise, Moore et Toubia, 1996 ; Helmy, 1999 ; Ilkcaracen, 2000 ; Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), 2001a ; Khattab, 1996 ; Khattab, Younis et Zurayk, 1999 ; Lane, 1992 ; Mastersson et Swanson, 2000 ; Mehra et Feldstein, 1998 ; Mernissi, 1985, 2000 ; Obermeyer, 2000). Des phénomènes comme la chirurgie obstétrique traditionnelle, l'âge minimum pour le mariage et autres questions en rapport sont devenus de façon périodique des sujets de controverse et des symboles de ce conflit.

En même temps, les forces de la mondialisation économique et les communications progressent rapidement, et dans un certain nombre de pays, on assiste à des changements extrêmement rapides dans le domaine social et économique. L'acceptation croissante du planning familial dans l'ensemble de la région au cours de ces dix ou vingt dernières années a entraîné presque partout (à l'exception du Yémen) une réduction significative de la fécondité, et compte tenu de la dynamique démographique, il en est résulté une importante cohorte de jeunes. En Égypte, en Jordanie et au Maroc, les jeunes de 15 à 29 ans représentent près d'un tiers de la population globale. On trouve ailleurs des proportions similaires. Compte tenu de facteurs économiques favorables comme des niveaux élevés de chômage chez les jeunes, pratiquement partout, de meilleurs niveaux d'éducation chez les femmes et le prix de plus en plus élevé demandé dans certaines régions par la famille de la future mariée, l'âge moyen du mariage a augmenté rapidement dans certains pays, ce qui a engendré des problèmes communément reconnus de vulnérabilité de la jeunesse au VIH.

Des efforts ont été faits pour réaliser des enquêtes relatives à la connaissance, à l'attitude et aux habitudes des jeunes en Algérie, en Arabie Saoudite, à Djibouti, en Égypte, aux Émirats arabes unis, en Jordanie, au Koweït, au Liban, au Maroc, à Oman, en Somalie, en Syrie, en Tunisie et ailleurs, mais les questions concernant les habitudes sexuelles n'ont été posées que dans quelques-uns de ces pays (Al Mulla et autres, 1996 ; Al-Owaish et autres, 1999 ; Essghairi, 2000 ; Family Health International, 2001c ; Farghaly et Kamal, 1991 ; Faris et Shouman, 1994 ; Gueddana et autres, 1996 ; Ministère de la Santé/PNLS, 2001 ; Ministère de la santé en collaboration avec l'UNAIDS et l'OMS, 1999 ; Petro-Nustas, 1999 ; Reysoo, 1999 ; Saleh et autres, 2000 ; Seif El Dawla, Hadi et Wahab, 1998). Une enquête récente réalisée au Soudan a permis de rassembler d'importantes informations utiles sur les comportements (Programme national soudanais de lutte contre le sida, 2002), tandis qu'en Somalie, il semble qu'une enquête ait été lancée sans que les interviewers aient reçu la formation adéquate, et elle n'a pas permis d'obtenir beaucoup de renseignements sur les habitudes sexuelles (OMS/EMRO, 2000c). A

Djibouti, une autre étude réalisée sur un échantillon stratifié de 200 jeunes gens (100 de chaque sexe) dans six écoles et lors de deux sessions extrascolaires a clairement montré que la jeunesse était exposée, 75 % des jeunes de 15 à 19 ans reconnaissant avoir eu des relations sexuelles (non-défini) ; 39 % seulement ont déclaré avoir jamais utilisé un préservatif (Ministère de la Santé/PNLS, 2001). Les statistiques, analysées selon le sexe, semblent montrer qu'une proportion de plus en plus forte des jeunes ont leurs premières expériences sexuelles à un âge précoce. Parmi les jeunes âgés de 15 à 19 ans, 15 % ont reconnu avoir eu leurs premières relations sexuelles à l'âge de 13 ans ; cependant, parmi les jeunes de 10 à 14 ans, 18 % ont déclaré avoir eu des relations à 13 ans. Les discussions concernant le sexe et le VIH étaient encore considérées comme tabou, bien qu'un grand nombre de jeunes plus âgés aient entendu parler de l'épidémie et des préservatifs.

Des informations moins détaillées sont disponibles pour les autres pays, mais une étude menée en 1994 en Jordanie a montré que 7 % des collégiens admettaient avoir eu des relations extraconjugales, tandis que dans une autre étude réalisée en 1999 sur la population générale de 15 à 30 ans, ce chiffre était de 4 %. Parmi les jeunes sexuellement actifs, 90 % n'ont parlé que de partenaires de l'autre sexe, tandis que 10 % avaient soit des partenaires du même sexe soit des partenaires des deux sexes. Moins de la moitié ont déclaré avoir jamais utilisé des préservatifs. Entre ces enquêtes, les niveaux de connaissance concernant le VIH ont chuté (Family Health International, 2001c).

Au Maroc, des études qualitatives semblent montrer que les jeunes acceptent de plus en plus souvent d'avoir des relations sexuelles avant le mariage, y compris dans un contexte vénal, et elles semblent indiquer une relative tolérance pour la prostitution comme moyen d'améliorer sa situation économique. En même temps, les jeunes semblent penser que les préservatifs enlèvent le plaisir et ont un lien avec l'adultère et autres comportements ouvertement répréhensibles ; que le fait de contracter une MST entraîne un châtiment, ce pourquoi ils préfèrent se faire soigner dans des officines privées car les établissements publics ne leur inspirent pas confiance. Enfin, il semblerait que le sida ne soit pas encore perçu par les Marocains comme un problème (Davis, 1992 ; Farza, 2001).

Une excellente étude nationale relative à la jeunesse en Égypte a permis de disposer d'informations très utiles, bien que les pratiques sexuelles risquées n'y aient pas été abordées (voir Encadré 3.3).

Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale comme partout ailleurs, les parents semblent convaincus que les jeunes ont davantage de relations sexuelles qu'à leur époque. Ailleurs, on a montré que les progrès de la nutrition et de la santé avaient un impact sur l'âge de la maturité sexuelle, qu'ils avaient pour effet de l'abaisser et de créer des problèmes considérables de disjonction compte tenu d'un âge de la maturité socioéconomique de plus en plus tardif. Le phénomène s'est probablement produit dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale de la même manière qu'ailleurs, même si aucune étude adéquate n'est encore venue montrer que ces facteurs ou d'autres contribuaient directement à la vulnérabilité parmi les jeunes. Cependant, des études réalisées en Europe, et plus récemment en Ouganda et aux États-

ENCADRÉ 3.3**La jeunesse en Égypte**

Avec 68 millions d'habitants, l'Égypte est le pays le plus peuplé du monde arabe, et avec un taux de croissance démographique actuel de 1,72 % seulement, ce pays a produit la plus importante cohorte de jeunes de toute son histoire. On y recense au moins 13 millions de jeunes de 10 à 19 ans, l'âge moyen de la première grossesse est de 17,6 ans et l'on observe des taux élevés de mort-nés et de décès de nouveau-nés. Dans certaines régions du pays, pas moins de 20 % des filles de 19 ans sont déjà mariées. Ces adolescentes mariées se trouvent aussi être souvent les moins instruites. Quel que soit leur niveau d'éducation, rares sont les jeunes qui comprennent la nature de l'évolution de leur organisme, le fonctionnement de la reproduction et la sexualité.

En 1997, une enquête nationale a été réalisée auprès de 9 128 adolescents et parents. Il en est ressorti que 86 % des filles non-mariées étaient toujours excisées, malgré la conviction de plus en plus répandue que cela n'est pas nécessaire, surtout chez les gens les plus instruits. Par-delà les problèmes d'inégalité des sexes auxquels sont confrontées les filles dans leur scolarité et sur le marché de l'emploi, l'étude a révélé que les garçons aussi étaient confrontés à de sérieux obstacles, notamment des taux de sous-alimentation dont on n'aurait pas soupçonné l'importance, des retards de croissance, l'exposition à la violence et une participation excessive à la main-d'œuvre. Du côté positif, un grand nombre de jeunes Égyptiens se sont montrés confiants dans leur avenir et se sont sentis capables de discuter avec leurs parents d'un vaste ensemble de sujets, à l'exception de la sexualité. À l'école, l'éducation sexuelle se limite à la biologie, mais elle ne semble pas efficace, au vu des faibles niveaux de compréhension révélés dans cette étude. La plupart des jeunes gens n'ont même pas bénéficié de l'information la plus élémentaire lors de leur scolarité, et s'ils souhaiteraient pouvoir discuter de ces sujets avec leur famille, les parents ne semblent pas à l'aise lorsqu'il s'agit de leur donner cette information.

L'aide d'urgence mise en place au Caire pour la prévention du sida permet de constater l'existence d'un certain nombre d'idées fausses et de dangereuses lacunes dans la compréhension des réalités. Les mœurs en matière de sexualité sont bien comprises, et les jeunes femmes savent qu'elles sont censées préserver leur virginité pour garantir l'honneur familial. Certaines feront l'objet d'un contrôle de leur virginité au moment de leur mariage, aussi évitent-elles de diverses manières d'être prises au dépourvu. Les jeunes hommes peuvent contourner le problème de l'approbation sociale en recourant aux prostituées ou en ayant des relations avec d'autres hommes. L'existence de ces réalités est connue, mais peu de progrès ont été réalisés pour résoudre ce genre de problème, malgré le fait que toutes les parties concernées reconnaissent que la prochaine génération d'Égyptiens adultes se retrouve ainsi exposée au risque de contamination par le VIH.

Source : El-Gawhary, 1998 ; Conseil de la population, 1998.

Unis ont montré comment des progrès de l'éducation des adolescents et des services qui leur sont destinés pouvaient inverser ces tendances, ou du moins réduire de manière significative les dommages provoqués par des relations sexuelles plus précoces et plus fréquentes avant le mariage. La Tunisie a pris des mesures pour que les jeunes puissent bénéficier de ces services ; l'Égypte projette de développer un programme pour la santé de la reproduction qui inclurait une approche en termes de préparation à la vie active.² Il est évident qu'il y aurait lieu de développer dans la région une éducation à la santé et des ser-

vices pour les jeunes en tenant compte du contexte culturel, de manière à influencer leurs décisions par rapport à la prise de risque.

Il convient d'accorder de l'attention aux enfants qui se trouvent particulièrement désavantagés. C'est le cas notamment des enfants de réfugiés ainsi que de certains groupes particulièrement marginalisés comme la caste yéménite connue sous le nom de *Akhdam* (ce qui signifie littéralement « serviteurs »), une minorité historique maintenue au ban de la société et considérée par les observateurs comme davantage exposée au risque de contamination par le VIH (Yémen et PNUD, 1998 ; UNICEF, 2001b ; Nations Unies, 2001). Par ailleurs, on estime à 200 000 le nombre d'enfants des rues en Égypte, et au Yémen ainsi qu'en Iran et ailleurs, de plus en plus nombreux sont les enfants qui travaillent ou mendient dans les rues (Gouvernement du Yémen/UNICEF/Banque mondiale/Radda Barnen, 1998). Des études indiquent que dans la plupart des grandes villes du monde, ces enfants seraient davantage vulnérables aux abus sexuels et à la drogue.

Les malades atteints de MST

Dans la région, les taux de MST sont généralement inconnus. La plupart des infections sont asymptomatiques chez les femmes et un certain nombre d'infections, virales surtout, sont asymptomatiques chez les hommes. Par conséquent, il existe peu de statistiques qui reflèteraient la prévalence réelle des infections. Plus communément, on prend en compte les patients connus pour avoir des symptômes de maladies infectieuses (MST). Rares sont les études ayant été réalisées sur les MST dans les groupes à risque, et lorsque ces études existent, leurs résultats n'ont souvent pas été officiellement publiés. Les questions de MST continuent de susciter la peur et la honte dans une grande partie de la région.

Dans la plupart des pays, selon la loi, les MST sont des maladies à déclaration obligatoire, mais leur prise en compte est généralement limitée, les statistiques sont confuses et les praticiens privés se conforment rarement à la règle. La honte qui accompagne très souvent les MST pousse la majorité des malades à consulter des médecins du secteur privé. Par ailleurs, l'OMS a incité la plupart des pays à publier leurs statistiques en utilisant la méthode syndromique,¹ mais la fiabilité de cette approche, en l'absence de validation pour le traitement comme pour la comptabilisation, surtout lorsqu'il s'agit des femmes, a été remise en question à plusieurs reprises (Garg et autres, 2001 ; Hawkes et autres, 1999 ; Heikel et autres, 1999 ; Ryan et autres, 1998). Lorsque les prestataires de services ont fait l'objet d'évaluations, on n'a pas eu connaissance d'actions de conseil préventif ni de promotion ou de distribution de préservatifs. Dans chacun des pays de la région, des études correctes relatives aux MST seraient nécessaires, à la fois pour connaître les taux d'agents pathogènes dans les différentes collectivités et pour connaître les principaux indicateurs relatifs aux services. L'amélioration des programmes de traitement des MST constitue un investissement essentiel pour la prévention de la contamination par le VIH.

Au Yémen, des observations ponctuelles indiquent des taux élevés de MST mais la source de ces données reste inconnue. Le Yémen ne possède pas de centres de traitement des MST, et les femmes ont seulement accès à des centres de traitement gynécologique. La prévalence de la syphilis, déterminée par analyse sérologique chez les donneurs de sang, serait de 2 % (Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (GFATM), 2002). D'après une étude réalisée en Jordanie, le chlamydia y serait répandu, alors qu'une autre étude n'en a pas trouvé trace. En Jordanie, les questions de laboratoire peuvent poser problème (Family Health International, 2001c). À Oman, où l'on considère que les centres de soins, laboratoires compris, sont de bonne qualité, on dépiste la syphilis chez les futures mères, mais les taux sont très faibles : 2 % des donneurs de sang ont des résultats positifs. Les MST seraient rares au Liban, ce que semble confirmer une étude réalisée sur la vallée de la Bekaa (El Nakib, 2001 ; OMS/EMRO, 2001b, 2001c). Cependant, il n'y a pas eu de publication concernant les MST dans les groupes à risque connus. En Syrie, la comptabilisation syndromique a été mise en place dans quatre gouvernorats. On y a fait état de 2 342 cas de MST pour la période d'avril à juin 1999. D'autres études ont été réalisées, mais elles n'ont pas été publiées (Syrie, 2001a, 2001b). En Égypte, certaines études montrent des taux significatifs d'infections des organes de la reproduction chez les femmes, mais ce ne sont pas nécessairement des MST (Khattab et autres, 1996). Plus récemment, une étude importante réalisée par Family Health International a montré que des MST étaient détectables chez 36,5 % des prostituées (n = 52), 23,8 % des homosexuels (n = 80), 5,3 % des toxicomanes (n = 152), 8,3 % des patients des centres de planning familial (n = 108) et 4 % des patientes des centres de soins prénatals (n = 607) (Family Health International, 1998-2000). En Algérie, il y a eu une hausse de 22 % des déclarations de MST dans le Sud entre 1990 et 1995, puis de nouveau une hausse de 26,7 % en 1996 (Bouakaz, 2000). Au Maroc, les cas de MST signalés sont de plus en plus nombreux, mais il se peut bien que ce soit le résultat d'une meilleure couverture des centres de traitement des MST qui ont connu des améliorations. Il est admis qu'au moins 50 % de l'ensemble des patients vont voir des praticiens privés ou recourent à l'automédication, et il reste bien davantage à faire encore pour éduquer la population à propos des MST (Heikel et autres, 1999). Parmi les futures mères, 1 % auraient des résultats positifs aux tests de dépistage de la syphilis. Dans une étude portant sur 294 élèves du secondaire à Djibouti, on n'a trouvé aucun cas de syphilis malgré la présence de 46 % de personnes prostituées (Rodier et autres, 1993c). En d'autres termes, les statistiques sont incomplètes, elles ne reflètent pas les taux réels au sein des collectivités et elles indiquent qu'une proportion considérable des individus contaminés ne sollicitent pas les traitements qui conviendraient. Une estimation résumée des taux d'incidence annuels des MST par région pour 1999, comparés à ceux de Djibouti, montre que dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, les taux dont on a connaissance sont très élevés, même s'ils sont plus faibles que ceux de Djibouti même et significativement moins élevés que ceux de l'Afrique subsaharienne (voir Figure 3.2).

La vulnérabilité structurelle

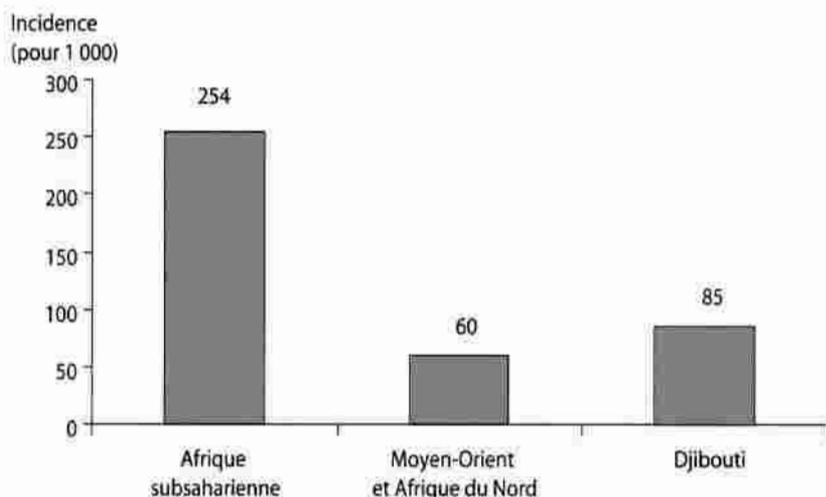
On peut considérer que les facteurs structurels qui contribuent au risque sont ceux qui affectent généralement plus d'une personne et qui résultent de la manière dont les institutions de la société sont structurées. Ainsi, par exemple, ces facteurs peuvent comprendre les services de santé et la politique en matière de services de santé, le marché du travail et la politique d'éducation, ou la structure et le fonctionnement d'un camp de réfugiés ou d'une prison. Comme pour toute étiologie complexe, il n'existe pas un facteur unique qui soit pleinement déterminant, et la situation des collectivités qui deviennent plus vulnérables à la contamination par le VIH est très variable. Toutefois, des tendances émergent, et l'on peut discerner des schémas réguliers. Là où la situation sociale et économique est globalement mauvaise, non seulement le risque de propagation du VIH est plus élevé mais la capacité de prévention et de soins est aussi moindre.

Les mesures des facteurs sociaux et économiques plus larges comme l'Indice du développement humain, les taux d'alphabétisation par sexe, le taux de chômage, les dépenses de santé et, en tant que mesure de la santé des femmes, la mortalité des mères, donnent une indication du stade relatif du développement dans chaque pays de la région (voir Tableau 3.1). La proportion de la population qui est urbaine constitue aussi un important indicateur de la vulnérabilité potentielle. Si, d'ordinaire, tous les services sont de meilleure qualité dans les zones urbaines, la toxicomanie comme la prostitution y sont plus répandues que dans les zones rurales.

Ces indicateurs, comme toutes les mesures de ce genre, masquent les différences réelles entre les segments de la population d'un pays. Ainsi, par exemple, si la proportion

FIGURE 3.2

Incidence annuelle estimée des MST : Afrique, Moyen-Orient et Djibouti



Source : Etchebare, 2001.

TABLEAU 3.1

Sélection d'indicateurs du développement par pays et Indice du développement humain

Pays	Indice du Développement humain	Alphabétisation chez les hommes (%)	Alphabétisation chez les femmes (%)	Chômage	Part des dépenses de santé dans le PIB (%)	Mortalité des mères (%)	Urbaine (%)
Koweït	35	82	75	—	2,9	5	97
Bahrein	37	89	79	—	5,7	60	92
Qatar	41	79	80	—	2,8	—	90
Émirats Arabes Unis	43	79	80	—	2,5	26	83
Libye	65	88	63	—	—	220	84
Liban	69	95	90	—	5,3	100	86
Arabie Saoudite	78	72	50	—	—	130	82
Oman	89	95,5	79	—	—	190	77
Jordanie	94	93	79	14	7,9	41	70
Iran	95	77,5	56,4	12,7	6,0	37	61
Tunisie	102	82	64	16	5,9	70	63
Algérie	109	74	49	30	4,6	160	56
Syrie	111	87	56	—	—	180	52
Égypte	120	64	39	11,3	1,8	170	45
Maroc	126	62	34	22	3,6	230	52
Yémen	148	63	24	18	1,1	1 400	25
Djibouti	157	73	43	45	7,0	740	82

— Non-disponible

Source : PNUD, 2000 ; Banque mondiale, 2001a, 2002b.

totale de Marocains qui vivent dans la pauvreté est diversement estimée entre 13 et 16 %, les Marocains ruraux sont dans une situation plus mauvaise et représentent 60 % de l'ensemble des pauvres. Cette situation engendre des niveaux élevés de migration interne, avec de plus en plus de jeunes hommes et de jeunes femmes à la recherche d'un emploi dans les zones urbaines. Si le taux de chômage national est égal à 22 %, il est de 35,5 % pour les jeunes âgés de 15 à 24 ans. On trouve des disparités similaires ailleurs, par exemple en Tunisie, avec un taux de chômage deux fois plus élevé chez les jeunes (36 % pour les individus âgés de 18 à 19 ans, 31,1 % pour les individus âgés de 20 à 24 ans) par comparaison avec les totaux nationaux (16 %). En Algérie, le taux de chômage global qui est de 30 % affecte particulièrement les jeunes diplômés, qui peuvent représenter 75 % des chômeurs (Banque mondiale, 2002a). Compte tenu d'un investissement accru dans l'éducation et d'une croissance économique globale stagnante, les taux de chômage parmi les diplômés d'université risquent d'avoir un impact négatif sur la stabilité politique, sur la toxicomanie et sur les niveaux de prévalence du VIH.

Par ailleurs, les taux d'alphabétisation sont quelque peu trompeurs en matière de prévention du VIH, car les messages et les données provenant des programmes de lutte contre le sida sont rarement clairs, l'information sur les risques est rarement explicite et souvent l'utilisation des préservatifs pour la prévention n'est même pas mentionnée. Les efforts d'éducation sont le plus souvent inadéquats, et dans les pays où les gens sont le

plus instruits, les enquêtes portant sur la connaissance révèlent d'importantes lacunes de compréhension. Ainsi, par exemple, dans un pays, alors que 71 % des adolescents âgés de 16 à 19 ans ont dit être au courant du sida, 19 % seulement savaient que les préservatifs protègent. En Jordanie, une vaste enquête a montré des niveaux élevés de connaissance sur les modes de transmission, et pourtant un tiers des personnes interrogées croyaient que l'on pouvait attraper le VIH par les moustiques ou en allant aux toilettes, et 29 % seulement avaient déjà vu un préservatif. La moitié des personnes interrogées pensaient pouvoir se rendre compte si quelqu'un était atteint du virus, une croyance extrêmement dangereuse (Family Health International, 2001c). Au Koweït, une vaste étude réalisée en 1999 a montré que si la plupart des gens étaient au courant des principaux modes de transmission du VIH, ils n'étaient pas très au courant des modes par lesquels la maladie ne se transmet pas. Ce manque de compréhension se reflétait dans leurs attitudes et leur manière de se comporter vis-à-vis des patients atteints du VIH ou du sida et dans l'absence d'adoption d'un comportement plus prudent (Al-Owaish et autres, 1999). Dans la plus grande partie de la région, les contraintes qui pèsent sur les médias limitent les possibilités de discussion. L'accès à Internet reste relativement réduit dans une grande partie de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale. Le manque d'accès à l'information est un grave facteur de vulnérabilité.

Il semble que l'inégalité d'accès aux ressources et de distribution de revenu alimente l'épidémie de manière déterminante. Les mécanismes exacts à travers lesquels cela se produit ne sont pas faciles à cerner, mais il s'agit probablement, entre autres, des inégalités en termes d'accès aux soins, d'accès à une information pertinente et de pouvoir de se protéger du virus. Des études sociologiques ont depuis longtemps montré que lorsque de nouvelles attentes ne s'accompagnent pas de nouvelles opportunités, les forces de désorganisation sociale et les mouvements sociaux de diverses sortes trouvent un terrain fertile. Une économie stagnante et un chômage important chez les jeunes entraînent davantage de risques liés à la drogue, à la violence et au sexe. Des liens familiaux solides peuvent faire barrage à cette tendance, mais lorsque les migrations durables, l'insuffisance des revenus et les désaccords familiaux les affaiblissent, la jeunesse se retrouve exposée.

Les femmes se trouvent encore plus spécifiquement désavantagées par l'inégalité des sexes face aux opportunités d'éducation et d'emploi. Dans l'Uttar Pradesh, en Inde, des études ont révélé les liens étroits entre la violence conjugale et le risque pour une femme de contracter une MST par son époux (Martin et autres, 1999). Au Bangladesh, des études indiquent que les possibilités d'obtention de prêts de type Grameen Bank contribuent à limiter la violence conjugale en rendant davantage publiques les conditions de vie des femmes (Schuler et autres, 1996). Lorsque les femmes n'ont pas de pouvoir économique, elles ont moins de possibilités de se protéger du risque de contamination par le VIH, et ce qui est plus grave encore, c'est le fait que la plupart des femmes ne se rendent jamais compte qu'elles sont exposées au risque de contamination, sauf lorsqu'il est trop tard. Dans toutes les sociétés, le groupe le plus exposé, ce sont les femmes fidèles non infectées qui sont mariées à des hommes (infidèles) contaminés. Dans la mesure où seule

une faible proportion des hommes qui sont contaminés le font savoir à leurs épouses (lorsqu'ils le savent), ces femmes sont très vulnérables, et leurs futurs enfants aussi. Par conséquent, leur donner davantage de pouvoir économique, c'est leur permettre de bénéficier davantage, directement ou indirectement, de la prévention.

Avec l'apparition du sida, l'inégalité d'accès aux ressources prend une dimension nouvelle et inquiétante, et les gouvernements ont le devoir de lutter contre la pauvreté et de donner à tous leurs citoyens les moyens de se protéger. Seules des réponses multi-sectorielles permettront d'envisager un investissement à long terme dans la lutte contre les facteurs structurels de vulnérabilité à la contamination par le VIH dans la région. Cet objectif suppose un effort important pour planifier, grâce à des processus de consultation et de collaboration, des réponses appropriées pour combler les lacunes qui permettent au sida de pénétrer les tissus sociaux et de se propager.

Notes

1. Les autres groupes comprennent les agents de santé et les patients qui sont exposés de plusieurs manières à la fois, cependant, dans des conditions ordinaires, le risque, pour ces groupes, peut facilement être réduit.

2. Des programmes de préparation à la vie active ont été développés par l'UNICEF, le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) et un certain nombre d'autres organismes, à l'attention des jeunes scolarisés aussi bien que hors cadre scolaire. Ils sont adaptés aux besoins locaux des jeunes, ils tiennent compte des valeurs locales, permettent aux jeunes d'acquérir des compétences, sont souvent dirigés par des natifs de la région et envisagent les habitudes sexuelles et les pratiques des toxicomanes dans le contexte élargi d'une prise de décision responsable en vue de conditions de vie plus saines.

3. La gestion et le contrôle syndromiques des MST ne s'attachent aux symptômes que dans le souci d'éviter le recours à des tests en laboratoire là où les ressources manquent.

Évaluer l'impact économique potentiel du sida sur la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale

Le coût humain du sida est incalculable, il englobe aussi bien la douleur et la culpabilité qui entourent les relations personnelles et intimes que la menace qui pèse sur la sécurité politique et sociale au niveau de l'État. Il est néanmoins instructif d'examiner ceux des coûts qui peuvent être calculés, car ils sont élevés aussi et ils peuvent avoir un fort impact sur le futur d'une nation.

Le présent chapitre résume les résultats d'une évaluation des impacts macroéconomiques potentiels du sida dans une sélection de pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale. Là où les niveaux de prévalence sont faibles, les études des implications économiques finales sont utiles pour montrer quels sont les coûts et les pertes à prévoir si des investissements ne sont pas rapidement réalisés pour éviter l'explosion d'une épidémie. Comme nous l'avons vu précédemment, les épidémies de VIH sont liées aux facteurs économiques et sociaux, et dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, les méthodes de surveillance actuelles ne permettent pas de détecter les changements là où ils risquent le plus de se produire. C'est pourquoi il est essentiel d'éveiller les consciences chez tous ceux qui sont concernés par l'importance qu'il y a à investir aujourd'hui pour éviter de graves conséquences plus tard.

Le présent chapitre résume d'abord les résultats de travaux récents concernant les déterminants socioéconomiques de l'épidémie de sida, et ces résultats sont extrapolés aux pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale. Un des objectifs est d'évaluer dans quelle mesure les estimations officielles actuelles des niveaux de prévalence sont comparables aux niveaux prédits par des modèles en fonction de statistiques comparatives entre pays. Nous développons ensuite et exploitons un modèle de croissance pour évaluer les impacts socioéconomiques potentiels de l'épidémie de sida sur une sélection de pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale. On s'intéresse principalement ici à la production, aux dépenses de santé et à la pauvreté. Enfin, nous évaluons les avantages qu'apporteraient des investissements préventifs réalisés rapidement et à grande échelle.

Analyse exploratoire des déterminants socioéconomiques des niveaux de prévalence du VIH

Il existe un lien entre l'épidémie de sida et le contexte économique et social. D'un côté, les normes sociales et les incitations et les contraintes économiques façonnent les comportements individuels, lesquels sont parmi les principaux déterminants de l'évolution de l'épidémie. D'un autre côté, en affectant la santé des individus, en réduisant l'espérance de vie et en augmentant la mortalité, le sida exerce une influence sur l'économie et sur les comportements individuels. Cette discussion relative aux facteurs socioéconomiques qui facilitent la propagation de l'épidémie se fonde sur les résultats de deux analyses statistiques exploratoires de données comparatives entre pays concernant les niveaux de prévalence du sida et des indicateurs comme le revenu par habitant, les inégalités, les taux d'alphabétisation chez les hommes et chez les femmes, la participation des femmes à la population active, la part du tourisme dans la valeur ajoutée locale et la migration. Il n'est pas surprenant de constater que ces indicateurs de niveau macroéconomique ne peuvent expliquer qu'une partie des variations internationales des niveaux de prévalence du sida. Ces variations restent pour une grande part inexplicables, une part que l'on peut attribuer à l'hétérogénéité des contextes économiques, sociaux et culturels. Toujours est-il que l'objectif de l'analyse n'est pas de produire des estimations rigoureuses de l'impact que peut avoir l'évolution de la croissance économique ou de la distribution du revenu sur la prévalence de la contamination par le VIH, car ce serait là un vain exercice, compte tenu de notre connaissance rudimentaire de la manière dont interagissent l'épidémie et l'économie. Au lieu de cela, il s'agit simplement d'identifier de grandes catégories de facteurs sociaux et économiques susceptibles d'influencer la propagation de l'épidémie dans les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale.

La première analyse consiste à étudier les liens entre les niveaux de prévalence du sida en milieu urbain et huit indicateurs socioéconomiques (Over, 1997). Ces indicateurs comprennent une mesure brute de l'âge de l'épidémie, calculée comme le temps écoulé depuis la détection du premier cas, le produit national brut par habitant, le pourcentage d'individus nés à l'étranger au sein de la population, le pourcentage de musulmans dans la population, l'indice d'inégalité de Gini,¹ l'écart d'alphabétisation entre hommes et femmes, le ratio hommes/femmes chez les urbains âgés de 20 à 39 ans et la part que représentent les forces armées dans la population urbaine totale. L'étude utilise des statistiques relatives à 1997 pour 17 pays d'Afrique subsaharienne, 15 pays d'Amérique Latine et des Antilles, 14 pays d'Asie (y compris l'Inde et la Chine) et 4 pays du Moyen-Orient.

La deuxième analyse, développée pour l'étude en cours, prédit les variations internationales des niveaux de prévalence du sida en fonction du revenu par habitant, de la participation des femmes à la population active, de l'alphabétisation des femmes, de l'indice d'inégalité de Gini, de la part des activités liées au tourisme dans le produit intérieur brut (PIB) et des migrations. L'étude utilise des statistiques relatives à la période 1997-1999 pour 92 pays, dont 27 pays d'Afrique, 17 pays d'Asie, 13 pays d'Europe de l'Est et d'Asie

centrale, 21 pays d'Amérique Latine, 9 pays du Moyen-Orient et 5 pays d'Amérique du Nord et d'Europe occidentale et centrale. Les résultats quantitatifs de ces études sont synthétisés dans les Tableaux A.1 à A.3 de l'annexe technique. Nous traitons plus loin des principaux messages que ces chiffres traduisent. Nous souhaitons insister sur le fait que même si ces deux études n'utilisent pas les mêmes données ni les mêmes indicateurs, elles aboutissent l'une et l'autre à des conclusions similaires.

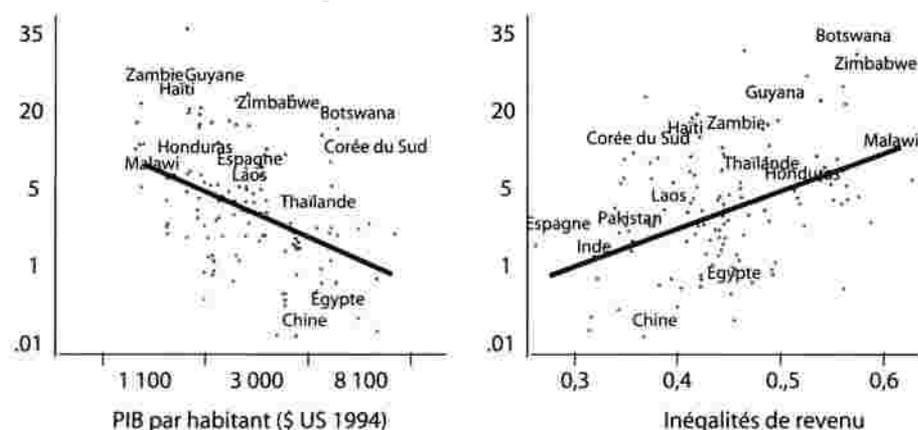
Une des conclusions de ces études est que la pauvreté et les inégalités de revenu favorisent la propagation de l'épidémie de sida, même si les mécanismes exacts ne sont pas encore connus. L'étude d'Over (1997) montre que les niveaux de prévalence du VIH augmentent lorsque le revenu par habitant diminue et lorsque les inégalités s'accroissent. En moyenne, à une hausse de 2 000 \$ du revenu par habitant correspond une baisse du niveau de prévalence de 4 points de pourcentage. De même, lorsque les inégalités, mesurées par le coefficient de Gini, passent de 50 à 40 (la différence entre le Honduras et la Malawi), le niveau de prévalence diminue de 3 points de pourcentage (voir Figure 4.1). Notre analyse montre aussi qu'il existe une forte corrélation entre les inégalités et la prévalence du sida. L'impact du revenu par habitant, en revanche, est variable selon les régions du monde.

Il existe plusieurs manières d'expliquer le fait que les pays pauvres dans lesquels la répartition du revenu est inégale soient susceptibles d'être plus vulnérables à l'épidémie. Les pauvres ont moins de connaissances sur les risques de sida et les méthodes de prévention ; les populations pauvres sont parfois moins libres de définir leurs choix et leurs habitudes (surtout les femmes) ; la pauvreté peut pousser les individus manquant de revenu à se prostituer (un phénomène alimenté par la migration des zones rurales vers les

FIGURE 4.1

Pauvreté, inégalité et prévalence du sida

Prévalence de la contamination par le VIH chez les adultes en milieu urbain



Source : Over, 1997.

zones urbaines, laquelle est motivée par les différentiels d'espérance de revenu) ; les hommes pauvres peuvent se trouver obligés de retarder leur mariage et donc de retarder le moment où ils auront une partenaire stable ; et parmi les pauvres, les femmes mariées peuvent avoir souvent besoin de quitter le foyer pour trouver du travail. Toutefois, quels que soient les mécanismes à l'œuvre, la situation au niveau international indique qu'une croissance durable et une répartition plus égalitaire du revenu sont des facteurs qui contribuent à réduire la propagation du VIH. Sur l'ensemble de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, 30 % de la population vit avec moins de 2 dollars US par jour (voir Tableau 4.1). La croissance reste illusoire, aussi n'est-il pas évident que la pauvreté recule à moyen terme. Par conséquent, à moins que des mesures soient prises pour combattre le sida, les conditions qui favorisent la propagation de l'épidémie de VIH dans la région sont en train de se généraliser.

Les études utilisent divers indicateurs pour approcher l'état des droits de la femme dans la société, et il en ressort que l'inégalité des sexes va de pair avec une plus forte prévalence du sida. Selon Over (1997), des indicateurs comme la proportion de femmes dans la population des centres urbains et l'écart entre le taux d'alphabétisation des hommes et celui des femmes sont en corrélation avec les niveaux de prévalence du sida. Les centres urbains dans lesquels les hommes sont plus nombreux que les femmes dans la tranche d'âge de 20 à 39 ans connaissent des niveaux de prévalence du sida considérablement plus élevés. Les pays dans lesquels les femmes sont moins instruites que les hommes ont aussi tendance à connaître des niveaux de prévalence plus élevés (voir Figure 4.2). Notre étude montre que toutes choses égales par ailleurs, les pays dans lesquels le taux d'analphabétisme des femmes est élevé sont aussi ceux qui sont susceptibles de connaître des taux de prévalence du sida plus élevés. Les résultats indiquent aussi que des taux de participation des femmes à la population active réduits (moins de 30 %) sont liés à une prévalence du sida importante. Cependant, à des taux de participation élevés (plus de 40 %) correspon-

TABLEAU 4.1

Population disposant pour vivre de moins de 2 \$ US par jour, par région du monde

Région	Pourcentage en 1997	Pourcentage en 1998	Nombre en 1987 (en millions)	Nombre en 1988 (en millions)
EO	67,0	48,7	1 052,3	884,9
EAC	3,6	20,7	16,3	98,2
ALA	35,5	31,7	147,6	159,0
MENA	30,0	29,9	65,1	85,4
AS	86,3	83,9	911,0	1 094,6
ASS	76,5	78,0	356,6	489,3
Total	61,0	56,1	2 549,0	2 811,5

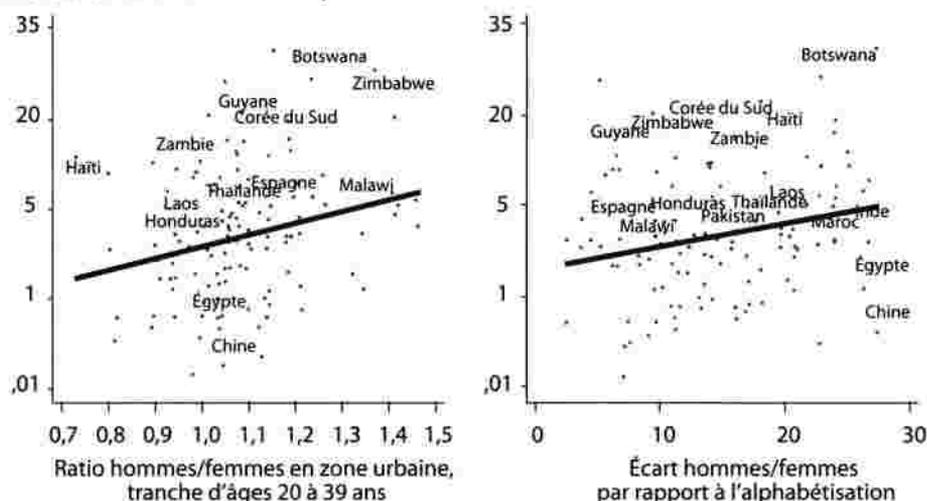
Note : EO, Extrême-Orient ; EAC, Europe et Asie centrale ; ALA, Amérique Latine et Antilles ; MENA, Moyen-Orient et Afrique du Nord ; AS, Asie du Sud ; ASS, Afrique subsaharienne.

Source : Banque mondiale, 2001f.

FIGURE 4.2

Inégalité des sexes et prévalence du sida

Prévalence de la contamination par le VIH chez les adultes en milieu urbain



Source : Over, 1997.

dent aussi des taux de prévalence plus élevés. Une explication possible est que, toutes choses égales par ailleurs, des sociétés dans lesquelles la participation des femmes à la population active est importante peuvent aussi être caractérisées par des pratiques sexuelles plus libérales. Le principal message qui ressort de l'analyse est que les pays dans lesquels les femmes ne sont pas émancipées, et ont donc peu de contrôle ou pas de contrôle sur la fréquence et sur le type de leurs relations sexuelles (que ce soit sur leur lieu de travail ou ailleurs) constituent un environnement idéal pour la propagation des épidémies de sida. Ces résultats sont corroborés par d'autres études qui montrent que chez les femmes mariées, le risque de contracter une MST est en corrélation avec la violence conjugale (Martin et autres, 1999). Dans les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, l'inégalité des sexes dans l'accès au marché du travail et à l'éducation diminue progressivement. Les écarts restent néanmoins considérables, et cela peut aussi contribuer à la propagation du sida.

Les migrations et le tourisme pourraient contribuer à la propagation du VIH, mais les statistiques internationales n'apportent pas de preuves solides dans ce sens. L'étude d'Over (1997) relative aux niveaux de prévalence de la contamination par le VIH en milieu urbain montre que les pays dans lesquels l'immigration représente 5 % de la population (ce qui suppose un flux d'immigrants plus important) peuvent connaître un niveau de prévalence du sida plus élevé de 2 points de pourcentage que celui d'un pays sans immigration. Les migrations ne constituent cependant pas un facteur de risque en elles-mêmes. Les risques sont fonction des conditions de recrutement, de travail et de vie des immigrés dans les pays hôtes, et, ce qui est important, des différentiels entre les niveaux

de prévalence du VIH entre les communautés d'origine et les communautés d'accueil. Toujours est-il que lorsque le flux devient plus dense, la probabilité de trouver des immigrants faisant partie des groupes à risque augmente.

Les migrations et le tourisme peuvent aussi contribuer à alimenter l'épidémie, en créant des canaux d'interaction avec les groupes de population à risque dans les autres pays atteints par le sida. Cependant, malgré le bien-fondé intuitif de ces arguments, lorsqu'il s'agit du rôle du tourisme et des migrations, notre étude ne fait pas ressortir de corrélation statistiquement significative avec les niveaux de prévalence du sida. Une explication envisageable est que dans les pays les plus exposés au risque de développement touristique (la Thaïlande), des mesures gouvernementales dont le modèle ne tient pas compte ont été prises pour réduire les niveaux de prévalence du sida. Par ailleurs, les différences de prévalence entre le pays d'origine et le pays d'accueil ont un impact. Une autre explication est que les effets négatifs éventuels d'un développement du tourisme sur la prévalence du VIH sont neutralisés par ses effets positifs sur la croissance économique. Dans les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, les migrations comme le tourisme constituent des éléments essentiels de l'économie. Avec la libéralisation et la réduction des restrictions sur les échanges commerciaux et les flux de capitaux, on peut s'attendre à davantage de migrations et de tourisme, avec les avantages économiques que cela entraîne. Le risque pour la collectivité est cependant appelé à croître lorsqu'une partie de ce tourisme est liée à la prostitution ou à la toxicomanie, ou lorsque les personnes qui migrent se retrouvent en contact avec la prostitution ou se prostituent.

Lorsque le modèle développé pour cette étude est appliqué aux pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, il prédit des taux de prévalence plus élevés que les estimations officielles actuelles.³ Compte tenu des niveaux actuels de production par habitant, de la participation des femmes à la population active, du niveau d'inégalité de revenu et des taux d'analphabétisme chez les femmes, les niveaux de prévalence de la contamination par le VIH dans les pays de cette région pourraient se situer entre 0,2 et 1 point de pourcentage au-dessus des estimations actuelles (voir Figure 4.3). Les niveaux de prévalence prédits sont sensibles aux spécifications du modèle, mais dans tous les cas, ils sont plus élevés que ceux actuellement signalés. Les différences pourraient s'expliquer par l'absence de systèmes de surveillance appropriés.

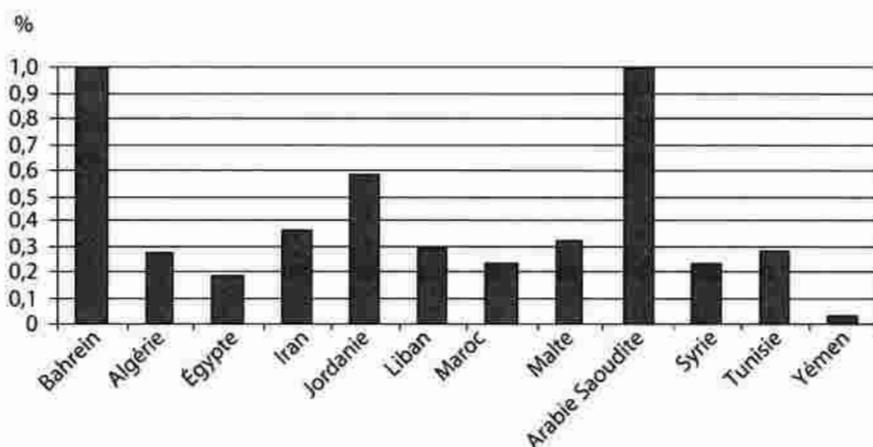
Les conséquences socioéconomiques éventuelles de l'épidémie de sida

C'est sur la santé et sur l'espérance de vie que l'impact du sida est le plus visible. On estime que dans les pays qui connaissent des niveaux de prévalence relativement élevés (supérieurs à 5 %), l'espérance de vie s'est réduite pour retrouver ses niveaux observés il y a dix ans (Banque mondiale, 2000e). Au niveau mondial, tandis que l'on s'attend à une baisse de la proportion de décès dus aux maladies infectieuses, qui de 30 % aujourd'hui passerait à 14 % en 2020, la proportion de décès dus au sida pourrait passer au cours de

cette même période de 2 % à 14 % (Murray et Lopez, 1996). Le sida ne constitue naturellement pas le seul problème en matière de santé. La malnutrition et les maladies des enfants sont actuellement responsables de plus de 1,8 million de morts chaque année. La tuberculose tue chaque année 2 millions de personnes, et le paludisme près de 800 000. On s'attend à ce que le nombre annuel de décès dus au tabac, qui est aujourd'hui de 3 millions, passe à 8,4 millions en 2020 (Murray et Lopez, 1996). La particularité du sida est que les impacts sur la santé publique sont susceptibles de se concentrer sur les jeunes adultes au moment où ils sont les plus productifs. Le sida pourrait donc devenir la deuxième cause de mortalité dans le monde chez les adultes en âge de travailler, ce qui représente une grave menace du point de vue économique. Nous traitons ci-après des implications éventuelles en ce qui concerne les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale.

FIGURE 4.3

La sous-estimation potentielle de la prévalence actuelle du sida dans une sélection de pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale



Source : calculs de l'auteur.

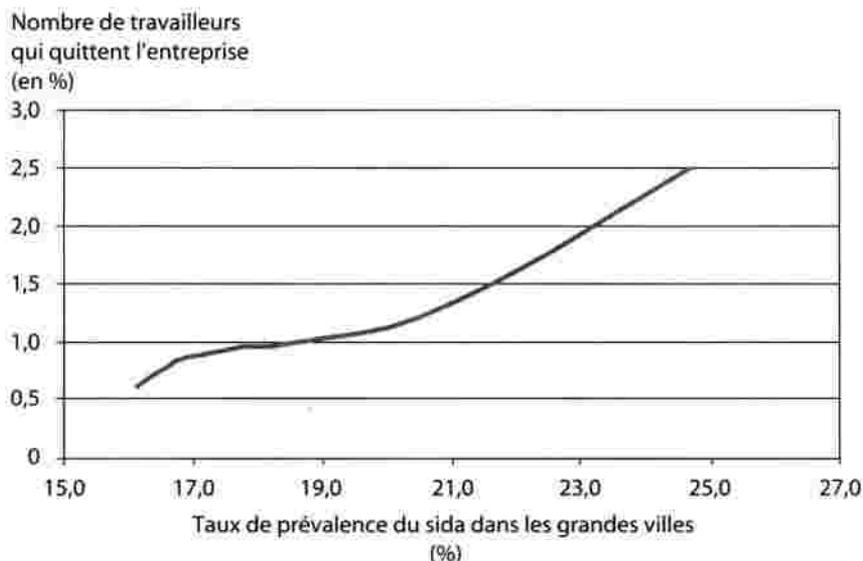
Les impacts économiques à travers la perte en capital humain. Une des voies par lesquelles le sida affecte l'économie est la perturbation du processus d'accumulation du capital humain. En fait, le capital humain d'un pays est défini par l'effectif et par la qualité de sa population active. Le sida est susceptible d'affecter l'un et l'autre. Premièrement, les impacts sur l'effectif et sur la productivité de la population active actuelle sont liés à la hausse de la mortalité et de la morbidité. Les décès prématurés représentent non seulement des pertes d'un facteur de productivité mais aussi des pertes au niveau de la connaissance et de l'expérience inclus dans ce facteur. Une plus forte morbidité peut aussi réduire la productivité du travail, par exemple à travers la hausse du turnover (voir Figure 4.4),

des dépenses accrues d'assurance maladie et le besoin de prendre des mesures préventives.³ Deuxièmement, le sida peut avoir un effet sur l'accumulation du capital humain futur. En fait, les décès prématurés ont tendance à faire augmenter le nombre des orphelins, lesquels deviennent alors moins susceptibles de développer pleinement leurs capacités physiques et intellectuelles.⁴ Plus important, en l'absence de systèmes de protection sociale appropriés, la crise du revenu qu'entraîne la mort d'un membre du ménage, surtout si cette personne produisait la plus grande part du revenu, peut se traduire par une réduction de l'investissement dans la santé, l'éducation et la nutrition des enfants (voir Bell, Devarajan et Gersbach, 2003). La réduction de l'espérance de vie qui résulte de la hausse de la mortalité réduit aussi les incitations à investir dans l'éducation et la santé.

Des impacts économiques à travers une moindre efficacité. Le besoin de financer des dépenses supplémentaires et de réallouer des ressources à des mesures curatives et préventives peut aussi réduire l'efficacité économique. L'impact des épidémies sur le système de santé est susceptible de varier largement d'un pays à un autre, en fonction du type de technologie et de services dont vont bénéficier les malades atteints du sida. Cependant, en général, l'épidémie aura pour effet d'accroître la demande pour les services de santé, d'où une hausse des coûts des soins et donc davantage de dépenses. Les conséquences au plan macroéconomique dépendront pour partie de la manière dont les dépenses supplémentaires seront financées. Dans le cas des dépenses publiques, les gouvernements devront choisir entre augmenter les impôts, s'endetter ou simplement réduire d'autres types de dépenses (de consommation ou d'investissement). Ainsi, par exemple, des dépenses accrues dans

FIGURE 4.4

Prévalence du sida et turnover de la main-d'œuvre



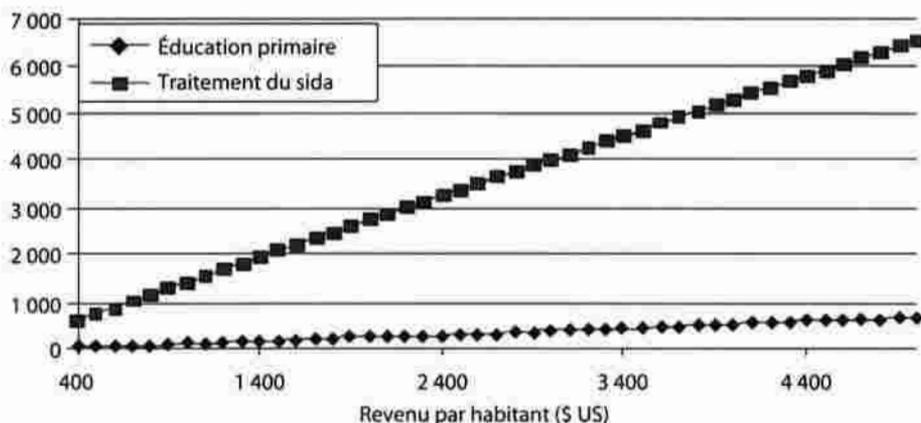
des actions pour le traitement du sida risquent de se faire aux dépens d'autres dépenses de santé ou d'éducation (voir Figure 4.5). Des dépenses privées accrues peuvent aussi être financées soit par une réduction de l'épargne¹ soit par une substitution au niveau de la consommation. Si c'est la baisse de l'épargne qui l'emporte, alors ce sera aux dépens des nouveaux investissements et de la croissance. Dans tous les cas, des ajustements nécessaires pour financer des dépenses de santé supplémentaires sont susceptibles d'entraîner une diminution du bien-être. Des pertes d'efficacité peuvent aussi provenir du fait que les ressources privées et publiques consacrées à la fourniture de services dans le cadre de la lutte contre le sida sont réallouées aux dépens d'autres utilisations plus productives.

Les études empiriques mesurant l'impact économique du sida donnent des résultats contradictoires. Selon certaines études, il n'y aurait pas de corrélation entre les niveaux de prévalence du sida et la croissance économique (Bloom et Mahal, 1995). Selon d'autres chercheurs (Bonnell, 2000), dans les pays d'Afrique les plus touchés, les taux de croissance auraient pu être plus élevés de 1 point de pourcentage s'il n'y avait pas eu le sida. La plupart des modèles de simulation macroéconomique prédisent toutefois que la croissance économique, dans les pays affectés par l'épidémie, pourrait se réduire en moyenne de 0,5 point de pourcentage par an (Ainsworth et Over, 1994). Il a été récemment affirmé que parce qu'elles ignorent l'impact de l'épidémie sur l'accumulation du capital humain futur, la plupart des études sous-estiment les coûts économiques à long terme (voir Bell, Devarajan et Gersbach, 2003). Quoiqu'il en soit, les impacts écono-

FIGURE 4.5

Coût annuel du traitement d'un malade du sida par rapport au coût annuel de l'éducation primaire

Coût par habitant et par an (en \$ US)



Note : Les dépenses pour le sida en fonction du revenu par habitant en \$ US (Y) sont données par l'équation :

$$\ln E_{sida} = 0,63931 + 0,95 \ln Y$$

Les dépenses d'éducation primaire en fonction du revenu par habitant en \$ US (Y) sont données par l'équation :

$$\ln E_{edu} = 3,3554 + 1,1589 \ln Y$$

Source : Cyrillo, Paulani et Aguirre, 2001 ; Floyd et Gilks, 2001 ; Banque mondiale, 2002b.

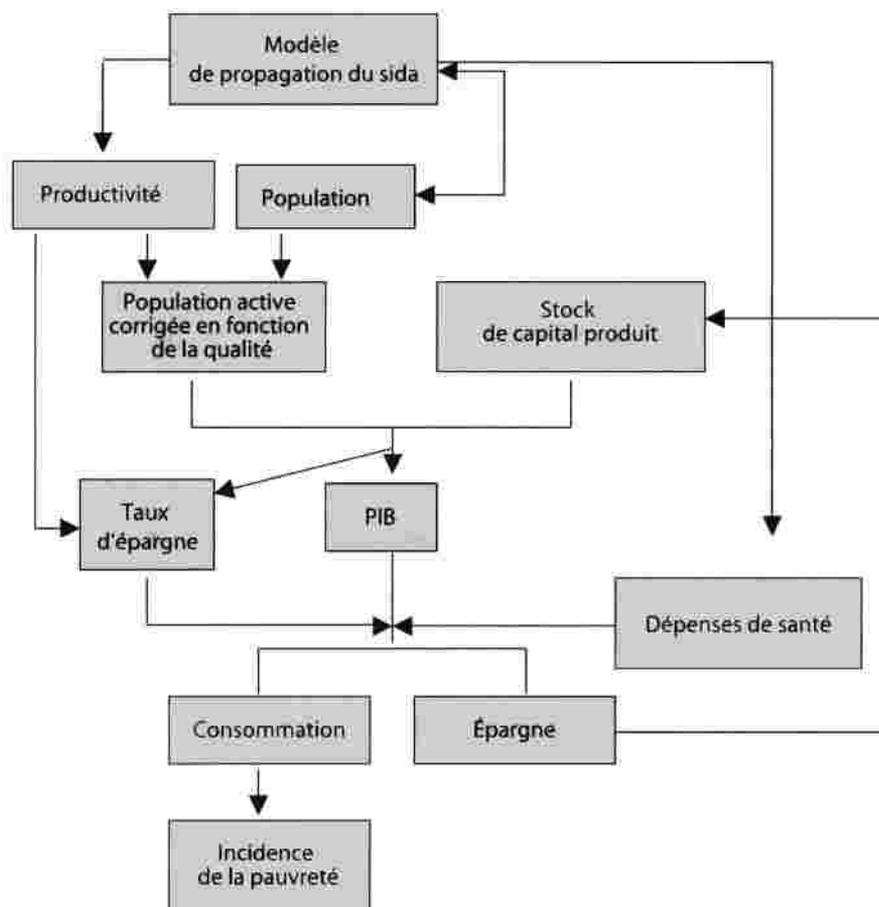
miques à court terme dépendront de plusieurs facteurs, notamment la gravité de l'épidémie, l'importance de l'épargne dans le financement des dépenses consacrées au sida, la répartition des infections par niveau de productivité des personnes actives, le temps de travail perdu par les personnes atteintes du sida et l'efficacité du marché du travail. De manière générale, les impacts *macroéconomiques à court terme* devraient être moins importants dans les pays où les taux de chômage sont élevés. C'est le cas des pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale où les taux de chômage actuels sont importants : les taux officiels atteignent 21 % en Algérie et plus de 30 % à Djibouti et au Yémen. Dans ces pays, le ralentissement du taux de croissance de la population active pourrait se traduire par une réduction du taux de chômage plutôt que du PIB. Néanmoins, il importe de reconnaître qu'un jeune adulte, qu'il ait ou non un emploi, constitue une ressource potentiellement productive. La mort d'un chômeur représente donc encore une perte de capital humain.

Pour évaluer le coût économique du sida dans les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, nous utilisons un modèle de croissance comprenant un élément qui formalise la propagation du sida à travers deux canaux : les rapports sexuels et les échanges de seringues contaminées chez les toxicomanes. Ce modèle constitue nécessairement une simplification des mécanismes complexes à travers lesquels se fait l'interaction entre l'économie et l'épidémie de sida.⁴ Il est toutefois capable de prendre en compte l'impact de l'épidémie sur (a) l'effectif de la population active, (b) la croissance de la productivité du travail, (c) les dépenses de santé et (d) le taux d'épargne de l'économie. La Figure 4.6 représente schématiquement le modèle. On en trouvera une présentation plus formelle dans l'annexe technique.

Le modèle a été calibré pour neuf pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale (Algérie, Djibouti, Egypte, Iran, Jordanie, Liban, Maroc, Tunisie, Yémen), en fonction de statistiques démographiques et économiques récentes et de prévisions utilisées par les Stratégies d'aide aux pays de la Banque mondiale (Banque mondiale, 1997a, 1997b, 1999b, 1999c, 2000c, 2001b, 2001c, 2001d ; Groupe Banque mondiale, 2001) et par l'Algeria Social Expenditure Review (Banque mondiale, 2002a).⁵ L'analyse fait référence à la période 2000-2025. Le modèle est utilisé non pas pour la prévision mais plutôt pour étudier les éventualités d'un grand nombre de futurs plausibles et de coûts économiques correspondants. Par conséquent, pour chacun des pays concernés, nous simulons la dynamique de l'économie pour 100 combinaisons des paramètres du modèle qui déterminent la propagation de l'épidémie et ses impacts économiques : la part des populations à haut risque (les IDU et les prostituées), les taux de prévalence du sida au sein de ces groupes, la fréquence et l'hétérogénéité des relations sexuelles, la prévalence des MST, la prévalence de l'utilisation des préservatifs et du partage des seringues, et la répartition des décès dus au sida parmi les chômeurs, les travailleurs qualifiés et non-qualifiés, ainsi que la réduction de la productivité totale des facteurs résultant d'une hausse du taux de prévalence du sida (pour plus de détails concernant les méthodes utilisées pour calibrer le modèle, voir l'annexe technique).

FIGURE 4.6

Un modèle de croissance pour évaluer les impacts macroéconomiques du sida

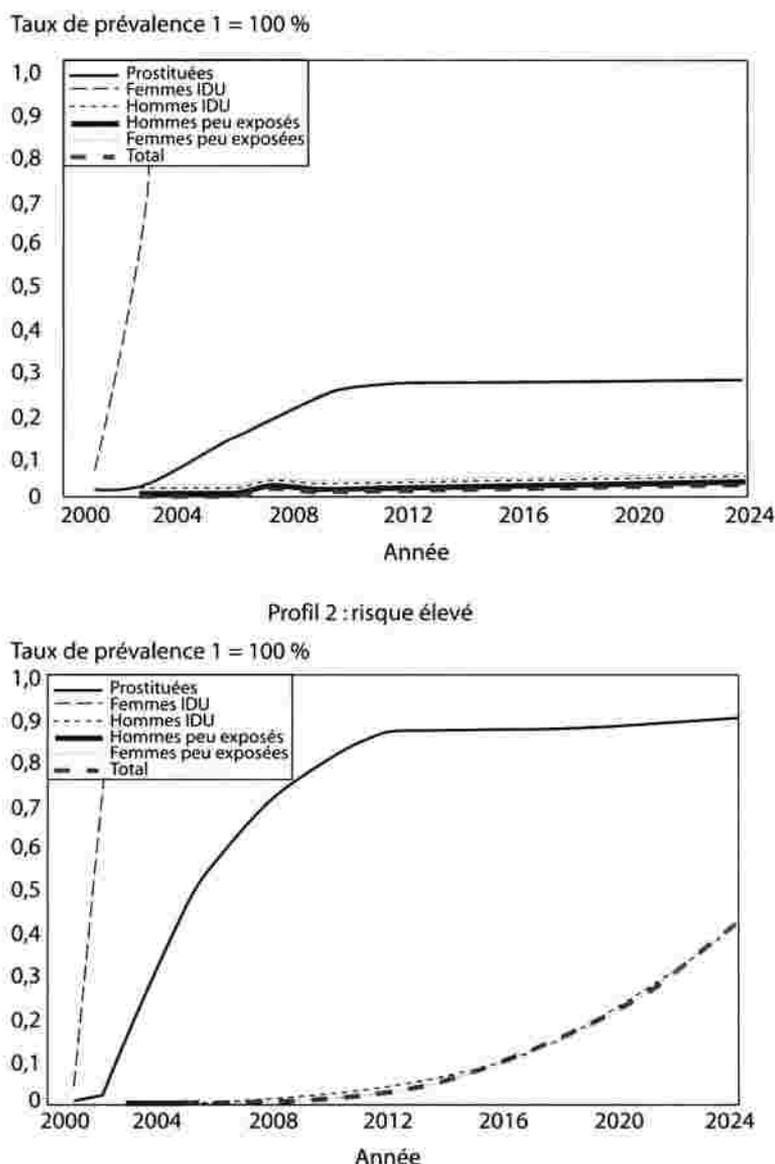


Source : Graphique de l'auteur.

À titre d'illustration, la Figure 4.7 représente deux profils de propagation du sida pour un pays typique de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale. Les profils dépendent de la prévalence de l'utilisation des préservatifs, du niveau d'accès à des seringues saines par les toxicomanes, de la présence de MST et de l'intensité et de l'hétérogénéité des pratiques sexuelles. Il est évident que les niveaux d'incertitude, quant à la manière dont l'épidémie est susceptible de s'étendre, sont élevés. Il en est tenu compte dans le cas de la Jordanie, sur la Figure 4.8. À chacune des barres du graphique correspond un taux de prévalence donné. La hauteur de la barre donne le nombre de scénarios qui engendrent ce taux de prévalence particulier. Nous remarquons que le taux de prévalence peut prendre n'importe quelle valeur entre 0 et plus de 20 %. Cependant, le taux de prévalence pour 2015 devrait plus vraisemblablement être inférieur à 5 %.

FIGURE 4.7

Illustration des profils de propagation de l'épidémie de sida dans les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale

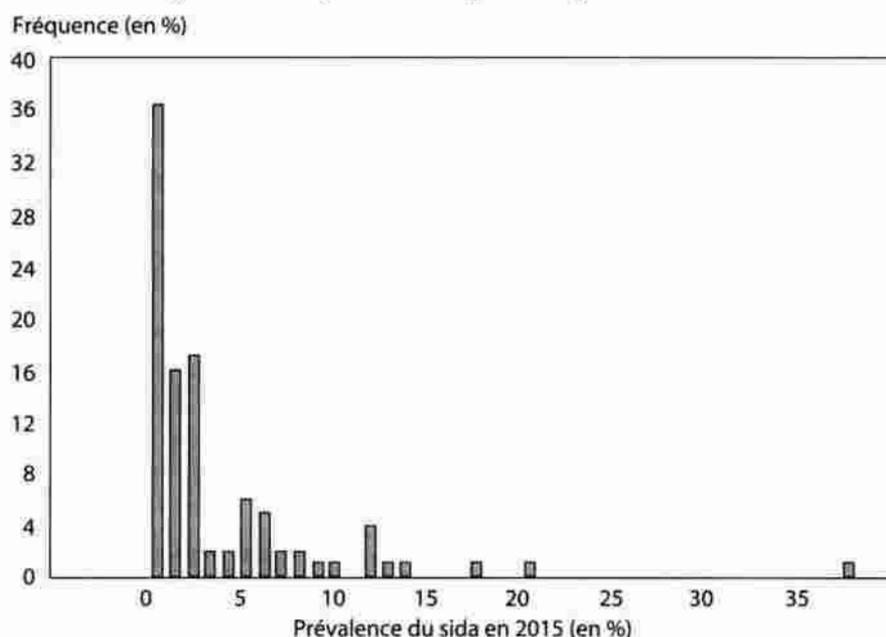


Note : Nous supposons qu'initialement, seuls les individus fortement exposés sont contaminés. Avec le Profil 1, nous prenons en compte une prévalence de l'utilisation de préservatifs de 50 %, une probabilité de 10 % seulement de partage des seringues entre les IDU, une prévalence des MST de 1 %, une activité sexuelle limitée et une faible hétérogénéité (que reflètent les paramètres du Tableau A.4 de l'annexe technique). Dans un tel cas, l'épidémie se restreint principalement aux groupes de population à haut risque, en particulier les IDU, dont toute la population, au bout de quelques mois, se retrouve contaminée. Avec le Profil 2, la prévalence de l'utilisation de préservatifs chute à 10 %, la prévalence des MST passe à 5 % et les paramètres qui définissent les habitudes sexuelles sont multipliés par 1,5. L'épidémie s'étend alors à la population générale et atteint des niveaux alarmants chez les prostituées.

Source : Modèle de propagation du sida.

FIGURE 4.8

Jordanie : Les prévisions plausibles pour la prévalence du sida



Note : Chacune des barres correspond à un taux de prévalence du sida déterminé. La hauteur de la barre donne le nombre de scénarios qui engendrent ce taux de prévalence particulier.

Source : Calculs de l'auteur.

Comme nous allons le voir, le problème, pour les décideurs politiques, est de réduire ce niveau d'incertitude et de prendre des précautions par rapport à cette incertitude.

Il nous faut partir de deux hypothèses importantes pour pouvoir évaluer l'impact sur l'économie des diverses formes que peut prendre l'épidémie. Premièrement, en ce qui concerne la répartition des cas de contamination par le VIH parmi les chômeurs, les travailleurs qualifiés et les travailleurs non-qualifiés, et deuxièmement, en ce qui concerne le lien entre la prévalence de la contamination par le VIH et la croissance de la productivité totale des facteurs. Pour calibrer ces paramètres, les données sont peu nombreuses. Par conséquent, comme dans le cas des paramètres qui déterminent les scénarios relatifs à la propagation, nous prenons en compte un grand nombre de possibilités.⁸ Pour chaque combinaison d'un profil de propagation et d'un scénario d'impact, nous traitons quatre variables de production : la valeur actuelle⁹ du PIB total dégagé entre 2002 et 2025, le taux de croissance moyen du PIB sur cette période, l'effectif de la population en 2025 et le niveau de prévalence du sida ainsi que la part globale des dépenses de santé relatives au sida dans le PIB en 2015. Compte tenu du manque de données épidémiologiques, l'amplitude de variation des variables de sortie est importante. Les statistiques descriptives liées à ces variables sont présentées au Tableau A.7 de l'annexe technique. Nous traiterons ici des principaux messages qui ressortent de l'analyse.

En ce qui concerne le taux de prévalence du sida, nous trouvons plusieurs scénarios dans lesquels il fluctue aux alentours de 4 % pour l'année 2015 (voir les Figures A.1 à A.5 de l'annexe technique). Le fait que les taux de prévalence soient similaires d'un pays à un autre reflète le peu de variation des conditions épidémiologiques initiales. Djibouti fait exception, où le taux de prévalence est déjà de 3 % et pourrait atteindre 15 % en 2015 (voir Tableau 4.2). De manière générale, lorsque l'épidémie atteint 4 %, son développement devient exponentiel. C'est pourquoi, quel que soit le scénario privilégié, les coûts économiques cumulés sur la période 2000-2025 pourraient se situer autour de 30 à 50 % du PIB (plus de 150 % dans le cas de Djibouti). Dans tous les pays, il est possible d'envisager des scénarios, rares cependant, dans lesquels les coûts cumulés dépassent le PIB actuel. Les pertes en termes de PIB reflètent le ralentissement du taux de croissance du PIB, qui dans la plupart des pays pourrait être aux alentours de 0,4 point de pourcentage par an (ce qui est dans la logique des résultats des autres études). Par conséquent, les impacts sur la croissance économique peuvent être substantiels, même si la plupart des pays connaissent des taux de chômage élevés. Les coûts pourraient même être plus élevés encore que les chiffres cités ici, si nous avons pris en compte l'impact de l'épidémie sur l'accumulation du capital humain futur.

L'épidémie en étant encore à ses premiers stades, les impacts démographiques prévisionnels semblent relativement faibles. Ainsi, par exemple, pour la Jordanie et le Yémen, l'effectif de la population active se trouverait réduit de 3 % en 2025. En Algérie, en Iran

TABLEAU 4.2

Les impacts économiques de l'épidémie de sida

(moyenne tous organismes confondus)

	Pertes en valeur actuelle 2000-2025 (en % du PIB)	Réduction moyenne de la croissance du PIB (en %)	Évolution de la population en 2025 (en %)	Prévalence du VIH en 2015 (en %)*
Algérie	41,22	-0,40	-4,07	4,46
Djibouti	150,77	-1,34	-16,68	15,88
Égypte	51,33	-0,42	-3,84	4,23
Iran	38,65	-0,42	-3,85	4,18
Jordanie	33,56	-0,35	-3,16	3,69
Liban	30,03	-0,45	-4,44	4,63
Maroc	39,48	-0,42	-3,97	4,27
Tunisie	54,04	-0,44	-4,21	4,43
Bahrein	35,58	-0,38	-3,92	4,20
Koweït	35,70	-0,36	-3,78	4,11
Oman	35,56	-0,35	-3,63	4,04
Qatar	33,19	-0,38	-4,00	4,27
Arabie Saoudite	35,84	-0,31	-3,12	3,72
Émirats Arabes Unis	25,57	-0,32	-3,40	3,91

a. Il ne s'agit pas de prévisions mais de simples moyennes sur l'ensemble des scénarios.

Source : Calculs de l'auteur.

et au Maroc, ce chiffre serait plus proche de 4 %, ce qui équivaldrait à une réduction du taux de croissance démographique moyen de 0,1 à 0,3 point de pourcentage par an.¹⁰ Le ralentissement de la croissance des économies s'accompagnant aussi d'une réduction des taux de croissance démographique, l'impact global sur le taux de croissance du PIB par habitant est moins grave. Dans des cas extrêmes, ce taux de croissance pourrait même augmenter par suite de l'épidémie. C'est ce qui se produirait si l'impact négatif du sida sur les taux de croissance démographique était considérablement plus important que son impact sur la croissance économique. Aussi convient-il d'être prudent lorsque l'on se sert du PIB par habitant comme indicateur des impacts économiques de l'épidémie de sida.¹¹

Les impacts sur les dépenses de santé

Compte tenu d'un profil de propagation, l'impact de l'épidémie sur les dépenses de santé dépendra du coût moyen du traitement d'un malade atteint du sida et de la part de la population des malades pouvant bénéficier d'un traitement. On ne dispose que de peu d'information sur ces deux facteurs, pour les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, c'est pourquoi le calcul de l'évolution possible des dépenses de santé est basé sur des estimations provenant de la littérature existante. En ce qui concerne le coût moyen du traitement, les estimations provenant des études comparées entre pays indiquent une plage représentant deux à trois fois le PIB par habitant, en ne tenant pas compte du coût des médicaments anti-rétrovirus (Cyrillo, Paulani et Aguirre, 2001 ; Floyd et Gilks, 2001). Dans cette analyse, nous travaillons avec les hypothèses prudentes selon lesquelles d'une part, le coût moyen annuel du traitement d'un malade du sida serait égal à 1 400 \$ US dans un pays ayant un PIB par habitant de 1 000 \$ US et d'autre part, ce coût augmenterait de 0,95 % pour chaque pour cent de hausse du PIB par habitant. Cependant, l'accès au traitement varie largement d'un pays à un autre. Les résultats que résume cette section sont basés sur l'hypothèse selon laquelle 30 % des personnes atteintes du sida obtiendront le traitement.

Les simulations confirment le fait que le sida pourrait avoir un impact significatif sur les dépenses de santé. Sur les divers pays, ces dépenses pourraient augmenter de 1,5 % du PIB, même si un tiers seulement des malades bénéficient des services de santé (voir Figure 4.9). En ce qui concerne Djibouti, les dépenses de santé pourraient atteindre 6,4 % du PIB. À noter que ces chiffres sont des moyennes entre plusieurs simulations. Il est toutefois possible que même dans des pays dont les taux de prévalence actuels sont inférieurs à 1 %, les dépenses de santé puissent atteindre jusqu'à 5 % du PIB (voir Tableau A.7 de l'annexe technique).

Ces résultats sont cohérents avec les estimations que l'on trouve dans la littérature disponible, et qui indiquent que c'est dans le système de la santé que se feront sentir les principales conséquences économiques de l'épidémie. Ainsi, par exemple, en ce qui concerne l'Inde (Ellis, Alam et Gupta, 1997), on a constaté qu'une grave épidémie de sida engen-

drerait une hausse des dépenses gouvernementales pour les soins de 2 milliards de dollars US par an. Ainsi, d'après cette étude, les dépenses de santé de l'Inde, en 2010, seraient plus élevées de 60 % que le montant qu'elles atteindraient s'il n'y avait pas le sida.

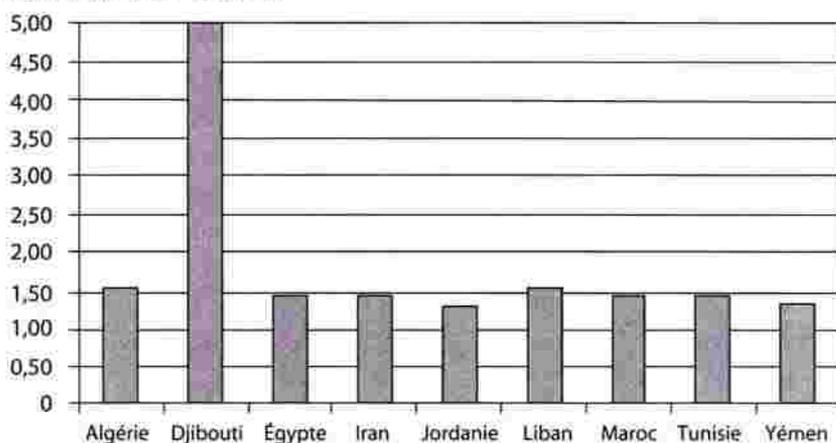
Si l'analyse développée dans cette section est très simplifiée, elle illustre le fait que l'épidémie de sida, faute d'être maîtrisée, pourrait rendre indispensables d'importants transferts budgétaires. Comme nous l'avons vu précédemment, le fait de réallouer ainsi des ressources aux dépens d'activités économiques plus productives comme l'éducation des enfants peut entraîner une réduction de l'efficacité économique globale et des pressions supplémentaires sur la croissance économique à long terme.

FIGURE 4.9

Les dépenses de santé moyennes pour le sida en 2015

(en pourcentage du PIB)

Dépenses de santé
pour le sida en 2015 (en % du PIB)



Source : Calculs de l'auteur.

Les implications en termes de lutte contre la pauvreté

L'épidémie aura des implications directes en termes de lutte contre la pauvreté. Premièrement, l'épidémie est susceptible de frapper bien davantage les individus dont les revenus sont faibles, elle aura donc pour effet d'accroître la vulnérabilité et la pauvreté. Deuxièmement, en ralentissant la croissance économique, elle réduira les possibilités pour les pauvres d'échapper à la pauvreté. Nous traiterons de chacun de ces effets l'un après l'autre.

Pour les pauvres et pour un grand nombre de ménages dont les niveaux de consommation sont juste au-dessous du seuil de pauvreté, la principale source de revenu, sinon

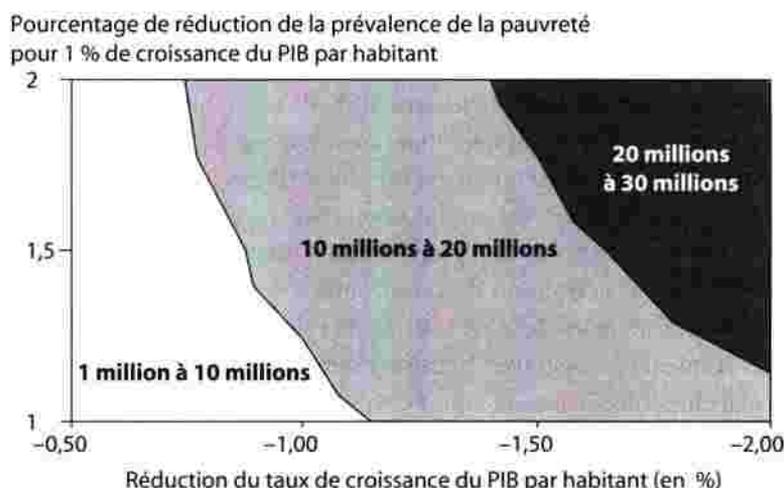
la seule, est constituée par leur travail. Si les non-pauvres peuvent couvrir leurs pertes de revenu salarial dues au sida, grâce à d'autres ressources, les individus pauvres et vulnérables disposent plus difficilement de moyens d'affronter cette situation, et cela implique généralement pour eux de changer leur profil de consommation (de réduire leurs dépenses d'éducation, d'alimentation et de santé) ou d'envoyer leurs enfants au travail. Ces mécanismes entraînent une perte de capital humain, par suite de malnutrition accrue des enfants ou de baisse des taux de scolarisation des enfants, entre autres facteurs. Même si, dans les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, il existe divers moyens informels de gérer les risques - du soutien familial et des liens cliniques aux organisations religieuses caritatives - des travaux ont montré que ces moyens sont généralement insuffisants pour se couvrir face à des événements catastrophiques (Banque mondiale, 2001g). Des études montrent que les réductions de la consommation qui suivent, chez les ménages pauvres, la mort d'un adulte, sont susceptibles de représenter une baisse des dépenses alimentaires de 32 % et une baisse de la consommation alimentaire de 15 % (Over et autres, 2001). C'est ce qui se produit non seulement lorsque le revenu du ménage est compromis et lorsque des dépenses d'obsèques doivent être financées (en moyenne, les ménages dépensent 50 % de plus, soit 800 à 900 \$ US pour les obsèques que pour les soins médicaux), mais aussi lorsque dans un ménage en deuil, le nombre d'heures travaillées pour un salaire est réduit (Biggs et Shah, 1996). Le sida peut donc être le choc qui entraînera un certain nombre de ménages vulnérables vers la pauvreté. Dans la plupart des pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, les pauvres se trouvent déjà confrontés à des problèmes d'accès aux services de santé. Lorsque les systèmes de santé sont sujets à de nouvelles contraintes financières, ces problèmes risquent de s'aggraver. En même temps, les pauvres se trouvent davantage exposés aux maladies infectieuses, et compte tenu des complications qu'entraîne la sous-alimentation, ils sont plus vulnérables à la détérioration de leur système immunitaire.

Même parmi les ménages pauvres qui ne seront pas directement touchés par l'épidémie, le ralentissement de la croissance économique qu'elle engendrera réduira leurs possibilités d'échapper à la pauvreté. En fait, l'évolution de la prévalence de la pauvreté, dans un pays, est déterminée par le taux de croissance du revenu moyen et par l'évolution de la répartition du revenu. Des travaux ont montré que la répartition du revenu restait relativement inchangée sur des périodes de 10 ans. C'est donc principalement de la croissance économique que dépendra le nombre de gens qui sortiront de la pauvreté. De manière générale, à une hausse du revenu par habitant de 1 %, on peut associer une réduction de la prévalence de la pauvreté de 1 à 2 % (Dollar et Kraay, 2001). À titre d'illustration, si le taux de croissance du PIB par habitant se réduit de 0,5 à 1 % à cause du sida, le nombre d'individus qui ne pourront plus échapper à la pauvreté pourra atteindre 20 millions en 2010. En 1998, près de 30 % des habitants des pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale (soit 85 millions) vivaient avec moins de 2 dollars US par jour. Avec un taux de croissance moyen annuel de 3 %, en 2010, la prévalence de la pauvreté pourrait être réduite d'un chiffre compris entre 22 %

et 16 % (selon la sensibilité de la prévalence de la pauvreté au taux de croissance du revenu par habitant), et le nombre de pauvres pourrait se réduire à un nombre compris entre 19 et 58 millions. Cependant, en raison du sida, la prévalence de la pauvreté devrait être plus forte en 2010, le taux de croissance moyen du PIB par habitant chutant de 0,2 à 1 point de pourcentage (selon la gravité de l'épidémie et son impact sur la productivité du travail). Le nombre de personnes n'ayant pas pu échapper à la pauvreté serait alors compris entre 8 et 30 millions, selon la sensibilité de la prévalence de la pauvreté à la croissance économique (voir Figure 4.10).¹²

FIGURE 4.10

Nombre d'individus, dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, qui resteraient au-dessous du seuil de pauvreté à cause du VIH



Source : Calculs de l'auteur.

Les implications politiques

L'épidémie de sida, dans les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, représente un problème typique de décision dans l'incertain. Les niveaux de prévalence peuvent rester bas, mais le risque existe aussi que l'épidémie se développe selon des tendances similaires à celles dont il a été question dans la section précédente, et les coûts humains et économiques pourraient être considérables. Nous montrons qu'attendre avant d'intervenir peut coûter cher. L'intérêt de ces sociétés est d'investir aujourd'hui dans des actions pour réduire et juguler le risque d'épidémie de sida.

Les gouvernements, dont le rôle est d'assurer le bien-être de leurs populations, ont la responsabilité de développer et de financer la mise en œuvre de politiques de lutte contre le sida. C'est un fait que les individus ne peuvent pas eux-mêmes définir des mécanismes

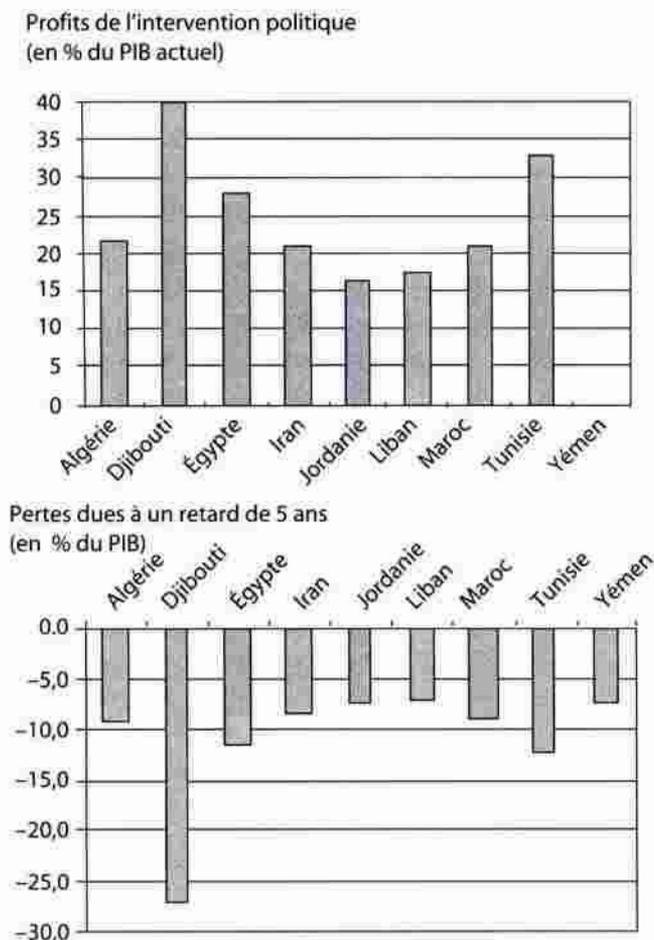
appropriés pour contenir l'épidémie. Premièrement, les individus ne tiennent pas compte des coûts sociaux des risques qu'ils prennent, ni des avantages sociaux des mesures préventives. En l'absence d'intervention de l'État, on assisterait à un excès de comportements risqués et la prévention serait insuffisante, d'un point de vue social. Deuxièmement, les individus sont confrontés à des problèmes d'information. Ils ne disposent pas toujours de l'information nécessaire sur les risques que représente le VIH, ni de la connaissance et des compétences permettant une conduite préventive. Enfin, les institutions formelles et informelles (les valeurs culturelles ou religieuses) peuvent représenter une contrainte sur les actions des individus, de nature à les rendre plus vulnérables et à rendre la société plus vulnérable au sida. Le rôle de l'État, lorsqu'il produit l'information, lorsqu'il finance les mesures pour lutter contre les comportements risqués, lorsqu'il assure les soins et l'aide aux personnes atteintes du VIH ou du sida, lorsqu'il lutte contre la honte et la discrimination et lorsqu'il crée le cadre nécessaire, est donc essentiel.

Pendant, un gouvernement ne peut intervenir que s'il est des mesures rentables qu'il puisse prendre (Kremer, 1996a, 1996b). Heureusement, l'expérience, au niveau international, a montré qu'il en existe, lorsqu'il s'agit de combattre le sida. Des études récentes, ainsi que l'expérience collective de divers pays, montrent que des mesures peuvent être tout à fait rentables lorsqu'elles sont centrées sur la réduction des risques (à travers l'information et les comportements et services préventifs) pour les groupes de population les plus susceptibles de contracter et de propager le VIH (Jenkins, Rahman et autres, 2001 ; Kahn, 1996). Des actions comme l'éducation sur la santé de la reproduction et l'éducation relative au sida dans les écoles, la fourniture de moyens de prévention et de soins de base pour les groupes les plus vulnérables (y compris le traitement des MST) et la réduction des dommages chez les IDU se sont aussi révélées rentables. Pour réaliser ces actions, plusieurs moyens sont disponibles, notamment la fourniture directe de services, les subventions, les taxes et le pouvoir réglementaire. De manière générale, des interventions précoces apportent davantage de bienfaits et sont moins coûteuses.

Dans le cas des pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, nous simulons l'impact d'une utilisation accrue de 30 % des préservatifs et d'une extension de 20 % de l'accès aux seringues saines pour les IDU (pour plus de détails sur les méthodes utilisées pour la simulation et sur les coûts des interventions, voir Tableaux A.8 et A.9 de l'annexe technique). On suppose que cette politique est appliquée immédiatement et à chacun des 100 scénarios dont il a été question dans les sections qui précèdent. Les résultats montrent que ces deux actions peuvent réduire considérablement les pertes en PIB sur la période 2002-2025 (voir Figure 4.11). Sur l'ensemble des pays concernés, l'épargne (nette du coût des interventions) pourrait dépasser 15 % du PIB actuel (voir aussi Tableaux A.10 et A.11 de l'annexe technique). En moyenne, cela se traduit par une hausse de 0,3 point de pourcentage du taux de croissance annuelle du PIB. Nous avons aussi simulé la mise en œuvre de ces deux actions avec un retard de cinq ans. Comme on pouvait s'y attendre, le fait d'attendre avant d'intervenir peut coûter à un pays, en moyenne, 8 % de son PIB actuel (5,6 % dans le cas de Djibouti).

FIGURE 4.11

Les avantages d'une possibilité accrue d'utiliser des préservatifs et d'utiliser des seringues non-contaminées pour les IDU, et les coûts d'un retard dans l'intervention



Source : Calculs de l'auteur.

Dans les simulations antérieures, nous avons appliqué la même politique à tous les pays dans tous les scénarios, et l'on risque ainsi de sous-estimer les profits nets. En fait, le montant total des ressources que ces pays devraient investir dans la lutte contre le sida et leur allocation à des actions alternatives dépendent des caractéristiques des pays considérés. Ainsi, par exemple, en ce qui concerne le Yémen, l'intervention simulée peut être trop coûteuse. De manière générale, les coûts et l'efficacité des différentes interventions sont déterminés par des facteurs comme le niveau de développement de l'épidémie, les contraintes sociales et économiques qui pèsent sur un comportement sain, les tendances sous-jacentes du comportement sexuel et du comportement des toxicomanes, les coûts locaux et la capacité d'action.

Ce n'est pas un exercice trivial que de décider quelles ressources allouer aux interventions pour lutter contre le sida, et, ce qui est important, la manière de financer cette allocation. En fait, dans la plupart des pays de la région, les budgets de la santé sont déjà très sollicités. Les gouvernements sont confrontés à des demandes concurrentes non seulement dans le secteur de la santé, mais aussi dans les domaines de l'éducation et de la protection sociale. En même temps, compte tenu des coûts potentiels que représente l'épidémie, ces pays ne peuvent pas se permettre d'ignorer le problème. Notre recommandation est de commencer avec des investissements réduits pour améliorer les systèmes actuels de surveillance et acquérir une connaissance de la situation épidémiologique courante, par exemple en réalisant des enquêtes sur la prévalence zéro et sur les habitudes sexuelles. Pour ce type d'intervention, un financement extérieur est généralement envisageable. Une fois acquise une meilleure compréhension de la situation épidémiologique (lorsque le niveau d'incertitude évoqué dans la section précédente a été réduit), les gouvernements, en coordination avec la société civile et les collectivités, peuvent entreprendre le développement d'une stratégie nationale destinée à prévenir une explosion notable. Plusieurs méthodologies pour choisir les ressources et pour les allouer aux interventions sont maintenant envisageables pour guider ces travaux (Kaplan et Pollack, 1998). Il convient de contrôler minutieusement les programmes mis en œuvre pour en évaluer les coûts et les impacts, ce qui permettra des ajustements et des corrections le cas échéant. Au chapitre suivant, nous traitons de certaines des interventions envisageables.

Les principaux messages qui se dégagent de ce chapitre peuvent être résumés comme suit : (a) le risque de hausse du niveau de prévalence du sida dans les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale est réel ; (b) les coûts prévisionnels sur les 25 prochaines années pourraient être considérables - de l'ordre de 30 % du PIB actuel, même sous des hypothèses prudentes ; (c) il est possible de prendre des mesures pour prévenir la propagation de l'épidémie, et les coûts de ces mesures seraient plus que compensés par les économies qu'elles permettraient de faire, et (d) c'est dès à présent qu'il faut agir, pendant que les niveaux de prévalence sont encore faibles. Sur le court terme, les gouvernements pourraient envisager :

- de consacrer des ressources à mieux comprendre la situation épidémiologique ainsi que les principaux facteurs qui en déterminent la dynamique, comme les habitudes sexuelles ;
- de financer des interventions ciblant les groupes vulnérables ou ceux qui sont les plus susceptibles d'être contaminés et de propager le VIH ;
- de financer des interventions préventives, non seulement dans le secteur de la santé, mais aussi dans divers secteurs comme l'éducation.

Notes

1. L'indice peut prendre des valeurs entre 0 et 100. Une valeur de 0 signifie que la répartition du revenu est totalement équitable : que chaque individu reçoit la même part du revenu national. Une valeur de 100 signifie une répartition totalement inégale, dans la-

quelle un seul individu reçoit la totalité du revenu national. Au niveau international, le coefficient de Gini varie entre 21,7 (Biélorussie) et 59,6 (Guatemala).

2. Les taux prévisionnels sont basés sur les estimations les plus récentes de l'OMS/UNAIDS.

3. Dans les pays qui connaissent des taux de chômage élevés, ces coûts sont susceptibles d'être moindres (Biggs et Shah, 1996).

4. Des recherches ont montré qu'au-delà des impacts psychologiques, parmi les populations pauvres, au décès d'un parent correspondent une détérioration de la situation en matière de nutrition et une baisse des taux de scolarisation (Ainsworth et Koda, 1993).

5. Il est aussi possible que l'épargne privée se réduise lorsque le sida a pour effet d'accroître les taux d'actualisation, et de favoriser ainsi la consommation immédiate (voir l'annexe technique).

6. Pour l'application de modèles similaires à l'analyse des impacts macroéconomiques dans d'autres pays, voir Bollinger, Stover et Nalo, 1999 ; Cuddington, 1993 ; Haacker, 2001 ; Hancock et autres, 1996 ; Kambou, Devarajan et Over, 1992 ; Leighton, 1993, 1996 ; Lewis, 2000 ; MacFarlan et Sgherri, 2001 ; Nalo et Aoko, 1994 ; Over, 1998 ; Quattek, 2000 ; Robalino, Voetberg et Picaso, 2002.

7. Le modèle a aussi été utilisé pour estimer les réductions de la croissance du PIB dans une sélection de pays du Golfe (Arabie Saoudite, Bahreïn, Emirats arabes unis, Koweït, Oman et Qatar). Il n'a pas été procédé à d'autres analyses pour ces pays, compte tenu des contraintes sur les statistiques.

8. Nous tenons compte des autres distributions possibles pour les nouvelles contaminations : la part du total des décès survenant parmi les travailleurs qualifiés peut varier entre 25 et 50 %. Le reste est divisé de manière égale entre les travailleurs non-qualifiés et les chômeurs. Nous supposons aussi qu'à une hausse de 1 % du niveau de prévalence peut correspondre une réduction de 0 à 1 % de la productivité totale des facteurs. Ce résultat est au-dessous de la fourchette que suggèrent d'autres études disponibles, d'après lesquelles l'impact se situerait plutôt dans la fourchette de 0,5 à 1 % (voir par exemple Haacker (2001) et MacFarlan et Sgherri (2001)).

9. La valeur actuelle consiste simplement à convertir la production et la consommation futures en équivalents monétaires d'aujourd'hui. Par exemple, si les banques versent un intérêt annuel de 5 %, un montant de 105 \$ US dans 12 mois est équivalent à un montant de 100 \$ US aujourd'hui.

10. À titre de référence, en Thaïlande, la réduction du taux de croissance démographique résultant de l'épidémie a été estimée à 0,1 % par an, tandis qu'au Botswana, elle atteint 2,5 % par an. En moyenne, les estimations que l'on trouve dans les travaux existants prédisent une réduction de 1 point de pourcentage du taux de croissance démographique.

11. Par exemple, si dans une population donnée, les individus pauvres meurent à cause de l'épidémie, le revenu moyen des travailleurs qui restent augmentera même si leurs revenus respectifs restent constants. L'épidémie paraît ainsi avoir un effet positif sur la moyenne.

12. Ces calculs sont fondés sur la population totale de référence en l'absence de sida.

Comment lutter contre le sida

Dans la lutte contre le sida, les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale se trouvent actuellement à la croisée des chemins, un nombre croissant d'entre eux ayant récemment lancé un processus de planification plus global visant à mettre en œuvre des actions localement adaptées, efficaces et durables pour combattre l'épidémie. Jusqu'à 1999 et 2000, les mesures prises contre le sida se sont limitées, dans une large mesure, au secteur de la santé, avec la formation des agents de la santé, la comptabilisation et la surveillance des cas de sida, le contrôle de la contamination et la sécurisation du sang, mais le sida n'a pas encore été reconnu comme un problème majeur de santé, de société et de développement. Même si un certain nombre de pays ont commencé assez tôt à prendre des mesures pour sensibiliser leur population au problème du sida, l'information et la capacité actuelles, pour résoudre des problèmes importants comme la prévention et la fourniture de soins chez les jeunes ou la possibilité d'atteindre les groupes de population vulnérables et exposés, restent limitées.

Dans un certain nombre de pays, la prévention du sida, les soins et les services d'assistance sont assurés principalement par les programmes nationaux de lutte contre le sida du ministère de la Santé, avec une implication insuffisante, à ce jour, des autres secteurs et des acteurs de la société civile. Cependant, les ONG jouent maintenant un rôle essentiel en Algérie, à Djibouti, au Liban, au Maroc, au Soudan, en Tunisie, et dans certains pays les personnes séropositives ou malades du sida sont devenues des partenaires essentiels pour l'action. Les programmes nationaux de lutte contre le sida restent eux-mêmes, à quelques exceptions près, insuffisamment pourvus en personnel et il existe un besoin urgent de renforcer leurs capacités humaines aux niveaux central et périphérique. Dans un certain nombre de pays, le budget public alloué au programme national de lutte contre le sida reste insuffisant pour couvrir les fonctions normatives de ce programme, pour ne pas parler d'assurer l'intensification et l'expansion des actions. Depuis 1996, un certain nombre de programmes nationaux reposent sur des financements spécifiques par l'UNAIDS, l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le PNUD, la Banque mondiale et des partenaires bilatéraux pour les mesures essentielles de surveillance, de prévention, de soin et d'aide.

Au cours de ces deux dernières années, un nombre de plus en plus grand de pays se sont lancés dans une planification stratégique concernant le sida, impliquant à la fois le secteur de la santé et d'autres secteurs. L'Égypte, la Jordanie, le Liban, la Somalie et la Syrie sont parmi les pays qui planifient et réalisent aujourd'hui une évaluation de la situation et des possibilités d'action en matière de sida, tandis que l'Algérie, Djibouti, l'Iran, le Maroc, le Soudan et le Yémen sont parmi les pays qui ont déjà formulé leurs plans stratégiques. On peut s'attendre à ce que ces plans débouchent 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.

Les systèmes de santé nationaux

Aucun indicateur unique ne peut prédire la propagation du VIH, mais l'interaction de différents facteurs engendre des scénarios possibles. Cependant, on peut considérer l'état des services de santé publique comme un bon indicateur prédictif de la capacité d'un pays à affronter les conséquences considérables de l'épidémie de sida pour la santé publique. Au cours de ces 30 dernières années, les gouvernements très centralisés des pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale ont assumé la responsabilité du développement économique et social. Le développement des services de santé a souvent été centré sur l'expansion de l'infrastructure plutôt que sur les problèmes de qualité, d'efficacité et de durabilité. L'incapacité du secteur public à assurer un financement suffisant ou à offrir des services de qualité a encouragé l'expansion des services du secteur privé, mais souvent ces services ne sont pas réglementés. Depuis la possibilité d'un dépistage correct du sida en laboratoire, dans le cadre de la surveillance et de la détection des cas, des précautions universelles dans tous les centres de soins, une gestion des déchets des hôpitaux, des injections et des transfusions sans risque, un diagnostic et un traitement des MST, le conseil et le dépistage volontaire et l'éducation du grand public à la santé jusqu'au traitement du sida (soin des infections opportunistes et thérapie du rétrovirus), la capacité de satisfaire aux exigences laisse à désirer par certains aspects au moins, même dans les meilleurs systèmes de soins. La prévention de la transmission du virus à l'enfant par la mère, grâce à l'utilisation d'anti-rétrovirus comme l'AZT (zidovudine) ou de la névirapine, par exemple, suppose la capacité de sélectionner, de conseiller et d'administrer correctement les médicaments, d'en contrôler les effets, de gérer les éventuelles complications, de gérer les problèmes de choix entre l'allaitement au sein et au biberon et d'assurer un suivi pédiatrique chez les enfants contaminés comme chez les enfants non-contaminés. Dans des pays comme Oman, qui disposent d'installations médicales modernes, ces besoins peuvent être satisfaits, mais dans l'ensemble de la région, des problèmes de confidentialité et d'opprobre continuent à obliger les malades à rechercher des soins dans le secteur privé ou à l'étranger. Dans les pays dont les systèmes de santé sont plus pauvres, la capacité glo-

bale est faible ou totalement inexistante. Les études montrent par exemple que beaucoup de Libyens vont se faire soigner en Tunisie, probablement dans le secteur privé.

La sécurisation du sang est universellement instituée (sauf au Yémen), mais dans certains pays, elle ne peut être considérée comme vraiment satisfaisante. En raison d'une prévalence du VIH généralement faible, d'un manque de prise au sérieux de la gravité des autres virus sanguins et de la confiance dans l'effet protecteur des normes sociales, il arrive souvent que les précautions qui sont universellement adoptées ne soient pas suivies.

On dit que le conseil et le dépistage volontaire sont possibles dans un grand nombre de pays, et pourtant, si les tests sont possibles, ils ne s'accompagnent pas toujours d'un conseil, ni avant ni après.

Au sein du système public de santé, la situation en matière de services de soin des MST est très variable. À Djibouti comme au Yémen, elle est mauvaise, alors qu'au Maroc, par exemple, on assiste à un effort généralisé pour améliorer ces services. Dans le programme tunisien pour la jeunesse, il semble qu'il y ait eu un effort pour rendre les services relatifs aux MST à la fois accessibles et attractifs pour les jeunes. Dans les programmes égyptiens de santé de la reproduction, des efforts ont été réalisés pour dispenser aux sages-femmes des villages une formation sur le VIH, mais à ce jour, l'information qui leur est donnée reste limitée.

Dans un nombre de pays de plus en plus grand, par exemple en Algérie, au Bahreïn, en Iran, en Jordanie, au Liban, au Maroc, à Oman ou en Tunisie, la thérapie anti-rétrovirus est disponible ou peut l'être bientôt dans le secteur public, dans une certaine limite. Il s'agit d'une option onéreuse, et la Tunisie a estimé qu'aux prix de l'époque, administrer une triple thérapie médicamenteuse à quelque 250 individus à la fin de 2001 allait mobiliser 95 % du budget sida du ministère de la Santé (Ben Said, 2001a).

De même, en Algérie, la thérapie anti-rétrovirus est fournie gratuitement à plusieurs centaines de patients. Des efforts sont en cours pour négocier des achats en quantité et pour identifier d'autres fournisseurs de médicaments, et les prix évoluent rapidement. Dans les pays cités précédemment, ainsi qu'en Syrie, l'AZT est disponible pour les futures mères contaminées, dans le but de restreindre la transmission périnatale. L'initiative pour un accès accéléré aux soins financée par l'UNAIDS/OMS et d'autres partenaires contribue actuellement aux négociations avec les compagnies pharmaceutiques dans divers pays comme le Liban, le Maroc et la Tunisie (OMS/EMRO, 2003). En revanche, on n'a entendu parler d'une discussion sur la politique en matière d'allaitement pour aucun pays.

La gestion des infections opportunistes et des soins généraux pour les personnes contaminées par le VIH souffre gravement de l'attitude négative des prestataires de santé, du manque de médicaments et de fournitures et des dysfonctionnements des systèmes de santé là où ils existent dans la région. Dans certains pays, les personnes que l'on sait être contaminées sont adressées à un agent du Programme national de lutte contre le sida car on ne dispose pas partout de conseillers spécifiquement formés. En Algérie, à Djibouti, en Égypte, en Jordanie et au Maroc, un certain nombre de conseillers ont été formés,

mais il n'a pas été procédé à une évaluation de leur activité ni de leur efficacité. En Égypte, les personnes contaminées sont prises en charge par les hôpitaux où sont soignées les maladies infectieuses. Il semble qu'Oman ait développé un système de traitement, de soins et de conseil dans des locaux adaptés. Au Yémen, à ce jour, ni les établis-

ENCADRÉ 6.1

L'évaluation de la situation et des besoins au Yémen

L'accès géographique aux centres publics de soins reste limité, 30 % seulement de la population rurale ayant accès aux soins et 50 % seulement de la population globale y ayant accès. Cependant, l'accès réel - tel qu'on peut le mesurer par l'existence des services au sein des centres de soins actuels - est substantiellement moindre. Même lorsque la population dispose d'établissements de soins, il semble que l'utilisation de ces derniers reste limitée. En raison du manque de médicaments et de services essentiels dans les centres de soins publics, on a pu observer un taux d'évitement compris entre 42 et 73 %. Au Yémen, le total des dépenses de santé reste un des plus faibles du Moyen-Orient, il représentait seulement 1,1 % du PIB en 1998. Le chiffre réel des dépenses publiques de santé par habitant est de 2,58 \$ US, à comparer avec un idéal de référence de 12 \$ US.

Dans une enquête relative aux agents de la santé, la majorité des personnes interrogées pensaient qu'il fallait isoler les patients atteints du sida et les soigner dans des hôpitaux spécialisés. Plus des deux tiers des personnes interrogées refusaient de soigner les patients séropositifs et les malades du sida. Parmi les raisons invoquées, on note la possibilité de contamination des autres patients et l'absence de moyens de prévention. Sur l'ensemble des personnes interrogées, 80 % ont fait état de piqûres accidentelles survenues au cours de leur travail, et la moitié sont allées désinfecter la région concernée. 92 % n'avaient connaissance d'aucune directive et d'aucun protocole relatifs aux soins et à l'assistance aux personnes séropositives et aux malades du sida. Sur l'ensemble des agents de santé, 50 % n'avaient jamais bénéficié, dans le cadre de leur service, d'aucune formation de quelque forme que ce soit, et 67 % n'avaient jamais eu de formation concernant le VIH et le sida.

Tous les sites visités comprenaient des installations de laboratoires. L'utilisation de gants lors de la manipulation du sang et des prélèvements sanguins n'était pas répandue, sur l'ensemble des établissements étudiés. Dans l'un des hôpitaux, aucun des techniciens n'utilisait de gants. Dans deux centres, les techniciens utilisaient encore des pipettes à aspiration par la bouche. Il semble qu'il y ait un écart de 50 % entre le besoin réel de gants et autres accessoires médicaux et les disponibilités actuelles. Un seul des établissements disposait d'une boîte spéciale pour les instruments contondants et les aiguilles. Dans les autres, les techniciens utilisaient une poubelle ordinaire (un sac tissé ou avec des trous sur les côtés) pour jeter les aiguilles et les instruments coupants. Dans tous les établissements, c'était une société privée non-homologuée qui se chargeait de l'évacuation des déchets, sans que soit prise aucune mesure de sécurité, et qui les acheminait là où sont rassemblés les autres déchets de l'agglomération.

Parfois, des mesures extrêmes avaient été prises. Dans un des hôpitaux, ayant constaté qu'un patient du département de chirurgie était séropositif, on avait tout brûlé et on avait laissé la chambre fermée pendant cinq jours. Un seul des établissements accepte les patients que l'on sait atteints du VIH ou malades du sida, et ces patients sont maintenus dans l'isolement.

sements privés ni les établissements publics ne semblent en mesure de prendre en charge les patients atteints par le VIH (voir Encadré 5.1).

Très peu d'efforts ont été réalisés pour lutter contre les phénomènes d'opprobre et de discrimination liés au sida, au sein de la population générale, et ces efforts ne s'observent pas sur une grande échelle. Le plus souvent, on a cherché, en formant des agents de santé, à faire en sorte qu'ils aient moins peur de prendre en charge des patients atteints du VIH. Dans certains pays, les médias (journaux et télévision) publient toujours des histoires de sida qui ont un effet négatif sur l'opinion populaire. En Égypte, des efforts ont été entrepris dans le cadre du Programme national de lutte contre le sida, avec le soutien de l'UNICEF, pour éduquer le personnel des médias. Compte tenu d'un secteur médiatique influent dans des pays comme l'Égypte, le Liban et les États du Golfe, les organes de l'ONU ont lancé en 2003 un projet régional visant à accroître la participation des médias à la sensibilisation du public à propos du sida au-delà des actions habituelles qui accompagnent la Journée mondiale du sida. Dans l'ensemble, les gouvernements ont fait véritablement peu d'efforts pour lutter contre l'opprobre et la discrimination.

Les autres secteurs

Si différents secteurs de l'administration siègent dans les commissions nationales de lutte contre le sida, cela fait relativement peu de temps, dans la région, que l'on voit émerger des autres secteurs que celui de la santé, comme par exemple l'éducation, des programmes consistants. En 2001, l'UNESCO a organisé une rencontre entre des hauts fonctionnaires des ministères de la Santé et de l'Éducation des pays de la région, afin d'étudier et de planifier une plus grande intégration des problèmes de VIH et de sida dans les programmes éducatifs (UNESCO/UNAIDS, 2001). Au Maroc, le nouveau plan stratégique national comprend des actions significatives des ministères de l'Éducation, de la Justice (prisons) et de la Jeunesse et des Sports (pour les jeunes des régions rurales). Dans la plupart des autres pays, comme par exemple en Jordanie ou en Égypte, un programme d'éducation sur le sida et le VIH a été réalisé en milieu scolaire de manière ponctuelle et avec une couverture limitée. En Égypte, les programmes scolaires de second cycle comprennent un module traitant de la santé de la reproduction, mais son manque d'efficacité est visible.

L'Algérie, Djibouti, l'Iran, le Soudan et le Yémen ont aussi développé récemment des projets pour différents secteurs comprenant l'éducation, la jeunesse, les affaires religieuses, les médias, le monde du travail, les services en uniforme, etc., dans le cadre d'un effort plus large visant à lutter contre les facteurs de risque et de vulnérabilité et à limiter les conséquences de l'épidémie. Cependant, à ce jour, leur mise en œuvre reste limitée à des actions sélectionnées financées par les ressources nationales, par les organes de l'ONU et par d'autres partenaires.

Dans plusieurs pays, des secteurs gouvernementaux autres que le secteur de la santé sont impliqués dans le contrôle de la drogue et dans la désintoxication des individus devenus dépendants. Une promotion de la réduction de la demande existe dans la région, encore que le concept de réduction des dommages n'y soit apparu que récemment, ce qui rend improbable une diminution des taux d'IDU sur le court terme. Dans la plupart de ces pays, les centres de désintoxication en séjour hospitalier se limitent à un hôpital ou à quelques-uns : quelques rares pays disposent aussi de systèmes de soins sans hospitalisation. Aucun pays ne dispose de programmes de substitution à la drogue ou de système de distribution d'aiguilles ou de seringues, à l'exception de l'Iran. Apparemment, les résultats des recherches dans ce domaine ont abouti, ces dernières années, à une plus grande implication des responsables politiques, et les journaux locaux reflètent une grande réceptivité par rapport au problème. L'Iran a adopté une approche à grande échelle de la réduction de la demande de drogue, du traitement des toxicomanes et de la réduction des dommages, avec le soutien de l'UNODC et d'autres organismes. La Welfare Organization et le ministère de la Justice travaillent directement avec le ministère de la Santé sur les questions de toxicomanie, et entre autres sur le problème du VIH (voir Encadré 5.2).

Les organisations non-gouvernementales internationales et locales

Non seulement, dans l'ensemble de la région, la surveillance n'est pas adéquate, mais les actions ciblées sont peu nombreuses. Notamment, les tentatives de réduction des risques pour certains groupes sont rares, au Liban par exemple. De manière générale, la coopération avec les ONG internationales, avec les ONG locales ou avec les organisations communautaires vacille. Ce n'est que dans un petit nombre de pays (l'Algérie, Djibouti et le Soudan) que des progrès ont été réalisés dans le développement de relations de collaboration entre l'État et les organisations qui représentent les personnes atteintes du VIH ou malades du sida. Il semble cependant qu'il soit de plus en plus admis que cet effort serait justifié. Récemment, des progrès ont été réalisés dans la mobilisation des ONG nationales, aussi bien au niveau du pays qu'au niveau régional, pour lutter contre le sida. Un réseau régional d'ONG a été mis en place en décembre 2002 grâce à l'aide du Programme régional contre le sida pour les États arabes du PNUD et de l'UNAIDS. Ce réseau doit favoriser la participation active des ONG dans la lutte engagée par les pays concernés et renforcer leurs capacités d'action contre le sida. Une action significative ciblant les jeunes a été entreprise en Tunisie (voir Encadré 5.3) ainsi que dans d'autres pays comme la Jordanie, Oman et la Syrie (ministère de la Santé, Jordanie, 1999 ; ministère de la Santé, Sultanat d'Oman, 2000 ; ministère de la Santé, Syrie, 2000).

On trouve dans la plupart des pays des programmes plus généraux de santé de la reproduction, mis en œuvre par les services de santé gouvernementaux ainsi que par certaines ONG. Toutefois, ces programmes ont été lents à intégrer la lutte contre le sida dans leurs activités.

ENCADRÉ 5.2

Les programmes de conseil et de dépistage volontaire et les programmes de réduction des dommages en Iran

En 1999, un vaste programme de conseil et de dépistage volontaire a été lancé, avec un centre au moins dans chaque district urbain. Aux services de conseil et de dépistage volontaire assurés par 85 banques du sang s'ajoutent aujourd'hui des centres de conseil et de dépistage volontaire dans les centres de soins gérés par le ministère de la Santé et dans les centres de désintoxication gérés par la Welfare Organization et par le ministère de la Justice. Les services de conseil et de dépistage volontaire sont assurés en conformité avec les directives du ministère de la Santé. Le conseil est assuré par des psychologues, des psychiatres, des médecins généralistes et d'autres agents de santé ayant suivi une formation spécifique. Le ministère de la Santé assure une formation pour les conseillers. Les tests de VIH sont réalisés dans les laboratoires de l'organisme de transfusion. Les sérums sont soumis à deux différents tests ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay), et les sérums obtenant un résultat positif sont confirmés par un test Western-Blot.

Tous les services de conseil et de dépistage volontaire sont assurés à titre gratuit. Les clients viennent le plus souvent de leur propre initiative, tandis que d'autres y sont envoyés, parmi lesquels les membres de la famille des IDU comme des personnes séropositives. Aux patients envoyés qui ne font état d'aucun risque et d'aucun comportement risqué pour eux-mêmes, on indique qu'ils n'ont pas besoin d'un test HIV. Cependant, quiconque souhaite faire un test peut le faire. En 18 mois, plus de 75 000 clients ont reçu des conseils dans les centres de conseil et de dépistage volontaire, et plus de 61 000 ont subi un test.

En Iran, le programme de réduction des dommages est récent. Il a été lancé en 2000 dans les capitales des trois provinces les plus affectées par la toxicomanie par voie injectable (Kermânchâh, Chiraz et Téhéran). Il s'agit d'un projet pilote lancé par le ministère de la Santé en collaboration avec des médecins et des volontaires basés localement. Les services de réduction des dommages sont assurés dans des centres de visite hospitalière. Ces centres de soins assurent aussi des services pour les personnes séropositives (conseil, prise en charge clinique comprenant traitement anti-rétrovirus, tests en laboratoire et aide sociale), ainsi que des services d'éducation, de conseil et de prise en charge des infections sexuellement transmissibles. Tous ces services sont assurés à titre gratuit et de façon confidentielle. Les IDU bénéficient de conseils, d'un traitement à la méthadone et d'échanges d'aiguilles. Ainsi, par exemple, le dispensaire de Kermânchâh reçoit 700 clients par mois, pour la plupart des séropositifs et les membres de leur famille. Environ 150 clients sont traités à la méthadone, et environ 50 viennent pour l'échange d'aiguilles. Les réactions initiales du personnel comme celles des clients sont positives. Au milieu de l'année 2001, les résultats du programme pilote ont été présentés au cabinet et au président. Compte tenu des premiers résultats, ces derniers ont approuvé la continuation et l'expansion du programme.

Source : U.S. Census Bureau, 2001.

Des fondations comme la Fondation Ford et des ONG internationales comme le Population Council, Family Health International et Save the Children ont mené d'importants travaux de recherche dans ce domaine et contribuent à l'effort global en faveur de la santé de la reproduction et de la sexualité. En Égypte, la Fondation Ford et d'autres partenaires financent l'antenne gouvernementale au Caire.

ENCADRÉ 5.3**Tunisie : la jeunesse et les préservatifs**

La Tunisie est une nation de la région qui a commencé à conceptualiser et à entreprendre d'importantes actions auprès de la jeunesse. Depuis plusieurs décennies, la Tunisie a développé des approches modernes de l'égalité des sexes dans un contexte de tradition islamique. Les proportions de garçons et de filles qui terminent l'école secondaire sont pratiquement égales (44,2 % de garçons contre 47,3 % de filles) et l'on peut en dire à peu près autant de l'enseignement tertiaire (9,6 % de garçons contre 6,9 % de filles) et des connaissances en matière de contraception (83,4 % des hommes contre 79,3 % des femmes) et de MST (84 % des hommes contre 75,4 % des femmes). L'âge moyen actuel du mariage est de 30 ans pour les hommes et de 26 ans pour les femmes, même si les jeunes eux-mêmes le souhaitent bien plus tôt, à environ 27 ans pour les hommes et 22 ans pour les femmes. Les mariages arrangés sont relativement rares, et les jeunes jouissent d'une mobilité individuelle appréciable. Fin 1997, tenant compte de la vulnérabilité des jeunes, qui connaissent des taux de chômage doubles de ceux de la population générale (30 % contre 16 %) et du manque de services d'éducation sexuelle et reproductive et de services de santé spécifiquement conçus pour les jeunes, l'UNFPA, en collaboration avec le Département de la famille et de la population, a lancé un programme destiné à toucher 10 % des 85 000 jeunes de 15 à 24 ans du pays. Des centres de conseil pour les jeunes ont été mis en place à l'échelon de la région et de la province, certains dans les pensionnats, d'autres au sein des établissements scolaires, d'autres au sein des usines et des centres d'apprentissage. Plusieurs ONG y ont participé, notamment les Scouts arabes, Médecins sans frontières et l'IPPF.

Non seulement ce projet a permis le conseil confidentiel, le dépistage et le traitement des MST, l'avortement et la contraception, mais il a permis de distribuer 2 millions de préservatifs depuis 1998. Le choix de la manière de distribuer ces préservatifs et des lieux possibles n'était pas sans contraintes, mais des astuces créatives ont permis de les disposer dans des distributeurs facilement accessibles hors des locaux des services médicaux, dans les établissements scolaires et les dortoirs. Les lycéens peuvent ainsi prendre ce qu'ils veulent sans rien demander à personne. Récemment, l'installation de distributeurs de préservatifs payants dans les universités a été envisagée. Le projet a fait l'objet d'une évaluation et la phase suivante est en cours de planification.

Source : Ben Yahia, 2000 ; Gueddana et autres, 1996 ; ministère de la Santé Publique, Tunisie, 2000.

Ce sont généralement les ONG qui sont les mieux à même d'assurer les soins et l'aide aux personnes contaminées par le VIH, y compris les soins à domicile. Dans la région, il s'est développé relativement peu de groupes de soutien formés de personnes séropositives, mais cela se fait de plus en plus régulièrement dans certains pays comme le Liban ou l'Iran. À Djibouti et au Yémen, il semble que ce soit les centres de soins gérés par les ONG internationales qui assurent les soins les plus efficaces pour les segments les plus pauvres de la population. Au Yémen, ces soins ne concernent que les MST et non le VIH.

Là où il n'y a pas encore d'ONG locales ou là où elles ne sont pas bien soutenues par la politique gouvernementale, les administrations elles-mêmes pourront très difficilement atteindre les personnes qui sont le plus dans le besoin. Il est peu probable que les ONG locales, lorsqu'elles existent, prennent en charge les problèmes de sida et de VIH, si dans cette tâche, elles n'ont pas l'aval des autorités.

Le secteur privé

Les travaux dont on peut disposer ne révèlent aucune implication du secteur privé. Cette absence apparente de participation peut avoir pour cause le fait que pratiquement toute la documentation dont on peut disposer est produite par les ministères de la Santé des différents pays. Il est cependant plus probable qu'à l'instar des ONG, les entreprises privées préfèrent ne pas s'occuper d'une maladie qui est stigmatisée tant que les gouvernements n'ouvriront pas la voie et n'intégreront pas le secteur privé dans une approche véritablement multilatérale.

Les organes des Nations Unies

Au cours de ces 15 dernières années, les organes de l'ONU ont joué un rôle important dans la plupart des pays de la région. Les organes de l'ONU et autres partenaires essentiels ont récemment renforcé de façon substantielle leur engagement dans la lutte contre le sida dans la région. Des priorités pour la région ont été définies lors de la première Conférence régionale des co-sponsors et principaux partenaires de l'UNAIDS pour la lutte contre le sida qui s'est tenue au Caire en novembre 2001 (UNAIDS, 2001). Depuis, les organes de l'ONU ont accru leurs ressources et étendu leurs activités relatives au sida. Ils développent actuellement leur vision stratégique et leurs plans d'action dans leurs domaines d'étude attribués, renforcent leurs capacités humaines et soutiennent des activités au niveau de chaque pays.

Pour promouvoir une meilleure surveillance de la séropositivité, le diagnostic et le traitement des MST, une conscience plus aigüe de la vulnérabilité et des programmes nationaux renforcés, l'OMS/EMRO a organisé des conférences au niveau régional et assuré une aide technique sur des missions spécifiques. Dans un effort récent pour promouvoir une meilleure réactivité du secteur de la santé dans cette région, l'OMS/EMRO a ébauché une stratégie, défini des objectifs et suggéré des approches pour atteindre ces objectifs. Cette stratégie comprend les objectifs suivants, à atteindre entre 2003 et 2005 :

- renforcer l'implication des instances politiques et l'information du public concernant le sida ;
- renforcer les mécanismes institutionnels et la capacité de prendre en charge la prévention et les soins relatifs au sida et aux MST ;
- intégrer aux systèmes de prestation de soins des modules de prévention et de soins relatifs au sida et aux MST ;
- renforcer la capacité de produire une information pertinente et appliquer la recherche opérationnelle aux problèmes de sida et de MST ;
- intégrer la prévention et les soins relatifs au sida et aux MST dans les actions nationales en situation complexe d'urgence, notamment en cas de conflit, de déplacements de populations ou d'embargo.

L'UNODC a entrepris une évaluation nationale des tendances en matière de toxicomanie dans certains pays, ainsi que l'intégration du sida dans les programmes de prévention de ces pays destinés aux jeunes. Une récente étude documentaire sur les problèmes d'abus de drogue dans la région, commandée par l'UNODC, fait le point de l'information la plus accessible sur les services de désintoxication, mais elle révèle le manque d'information claire et à jour concernant les habitudes des toxicomanes (Groterath et Bless, 2002). L'UNESCO s'occupe de l'éducation préventive concernant le sida, et l'Organisation internationale du travail est en train de lancer des actions de lutte contre le sida dans le monde du travail. Le PNUD est actuellement en train de mettre en place le Programme régional de lutte contre le sida pour les États arabes, en s'attachant à l'aide aux ONG, aux personnes séropositives et aux malades du sida, aux médias, aux droits de l'homme et aux problèmes d'inégalité des sexes. L'UNICEF et l'UNFPA s'occupent de la prévention parmi les jeunes et certains groupes de population vulnérables, en lançant des actions de prévention relatives au risque de transmission de la mère à l'enfant dans certains pays de la région et en mettant en place des services de conseil et de dépistage volontaire en collaboration avec l'OMS/EMRO. La fourniture de préservatifs a été grandement facilitée par l'UNFPA. La Banque mondiale a intégré des évaluations de la situation par rapport au sida dans la préparation de projets pour plusieurs pays, dans le domaine de la santé, elle a accordé des fonds pour ces évaluations et pour d'autres, et elle est en train de financer un vaste projet de lutte contre le sida à Djibouti. Dans le passé, on n'avait pas mis l'accent sur la promotion de l'intervention du secteur financier pour résoudre les problèmes économiques variés que pose la propagation du VIH, mais c'est là un objectif que la Banque mondiale est bien placée pour promouvoir à l'avenir.

Le Budget unifié et le Plan de travail de l'UNAIDS relatifs à la lutte contre le sida ont facilité l'acquisition de fonds plus importants pour la plupart des organismes, et plus particulièrement pour l'UNICEF, le PNUD, l'UNFPA, l'UNESCO, l'Organisation internationale du travail et l'UNODC.

Le rôle de l'UNAIDS a pris de l'importance dans la région au cours de ces dernières années, dans l'aide à la mobilisation et au renforcement des mesures contre le sida aux niveaux régional et national. Au niveau régional, l'UNAIDS a aidé ces organismes à développer leur réflexion stratégique à propos du sida, à mobiliser des ressources et à faciliter la coordination entre les différents partenaires. Au niveau national, l'UNAIDS a consacré son aide à des évaluations de situation relatives aux déterminants de la vulnérabilité, à la planification stratégique sur les différents secteurs et au renforcement des capacités pour la mise en œuvre des mesures, en mettant l'accent sur les groupes vulnérables, les jeunes et les autres domaines d'étude prioritaires. Dans un effort pour que les mesures se mettent en place plus rapidement, des plans ont été définis pour aider les co-sponsors et autres parties en présence selon les modalités suivantes :

- aide aux évaluations de situation, planification stratégique et développement de programmes centrés sur les déterminants, les risques et les conséquences de l'épidémie de sida ;

- aide à la coordination aux niveaux régional et national entre les co-sponsors de l'UNAIDS et les autres partenaires dans le développement de stratégies, la planification intégrée et l'information stratégique sur les mesures prises ;
- mobilisation des consciences et des ressources humaines et financières des partenaires ;
- construction de réseaux de ressources humaines, d'ONG et d'institutions travaillant dans les domaines prioritaires de la lutte contre le sida ;
- mobilisation de l'aide à l'échange de l'expérience, au partage de l'information et à la documentation sur les meilleures approches en fonction des besoins des pays concernés ;
- développement de capacités pour atteindre les populations vulnérables grâce à des méthodes appropriées.

L'UNAIDS oriente son aide vers les activités nationales grâce aux Groupes thématiques mis en place depuis 1996 pour travailler sur le sida.

Dans pratiquement tous les pays de la région, des commissions nationales ou des programmes nationaux de lutte contre le sida ont été mis en place vers la fin des années quatre-vingt ou au début des années quatre-vingt-dix. Sur les 15 Groupes thématiques relatifs au sida dans les 20 pays couverts par l'étude, certains sont fonctionnels mais ont lancé peu d'actions collectives, les autres constituent des forums généralement efficaces pour la décision et la coordination. Cependant, au cours de ces dernières années, un nombre plus important de Groupes thématiques sont devenus des entités plus actives et la participation des acteurs locaux s'est élargie. Malgré les développements positifs évoqués précédemment, il existe dans tous les pays de la région un besoin urgent de renforcer la coordination entre les principales parties concernées. La plupart de ces pays ne sont pas encore engagés dans un véritable processus politique, même s'il semble que dans certains, comme la Tunisie, les faibles niveaux d'investissement n'empêchent pas un engagement politique déterminé.

Les donateurs bilatéraux

Des donateurs bilatéraux comme l'USAID ont entrepris des recherches spécifiques ou des travaux d'évaluation et ont investi dans des projets spécifiques, comme la formation de conseillers en Jordanie et l'aide aux services d'urgence, l'amélioration des systèmes de don de sang ou la formation d'agents de santé en Egypte. Le gouvernement suisse a aidé l'Égypte à développer un système perfectionné de sécurité des dons de sang. Le gouvernement français a joué un rôle important à Djibouti, mais sa propre évaluation récente a mis en lumière des problèmes d'adéquation et d'efficacité : de nouveaux plans sont donc à l'étude pour changer les choses, qui comprendront la construction d'une nouvelle installation destinée spécifiquement au traitement des MST.

Globalement, dans la région, la réponse à l'épidémie de sida a été lente et s'est centrée sur les tests de dépistage obligatoires, sur des questions médicales comme la sécurité des approvisionnements en sang et, de plus en plus, sur le traitement des malades du sida. On

ne s'est pas occupé des facteurs sociaux et économiques qui déterminent une épidémie de VIH, ni dans les recherches ni dans les actions menées. Les questions relatives à la jeunesse font exception à cette généralisation, mais à ce jour, dans presque tous les pays, ce qui a été entrepris n'était pas de nature à avoir un impact appréciable. Les responsables politiques n'ont pas considéré le VIH comme un problème important dans leurs pays respectifs, à l'exception récente de Djibouti, du Maroc et du Soudan, et à l'exception moins récente de la Tunisie. Dans la plupart des pays, la petite taille des budgets consacrés aux programmes de lutte contre le sida est une contrainte significative sur les possibilités d'action. Jusqu'à présent, dans la région, le rôle extrêmement dominant des ministères de la Santé dans la lutte contre le sida impliquait une vision étroite du VIH en tant que problème médical. Il est essentiel de promouvoir une collaboration sur un ensemble de secteurs et de développer des plans concrets pour poursuivre cet effort.

Par ailleurs, le peu de coordination des efforts des bailleurs de fonds constitue une autre contrainte à la fois pour la planification et pour l'action. Une réactivation profonde de l'engagement des partenaires est urgente, et nous espérons que le présent ouvrage facilitera un dialogue permettant de la promouvoir.

Un chemin à suivre

Donner davantage la priorité à la lutte contre le sida

Dans la région, la capacité potentielle d'un effort de collaboration élargi pour réduire le risque de contamination, la vulnérabilité et l'impact du VIH reste à développer. Les gouvernements des pays concernés peuvent développer ce type de moyen global en collaboration avec les organes de l'ONU, les donateurs bilatéraux et les acteurs locaux.

Le fait que la prévalence du VIH semble faible, mais aussi des obstacles politiques, culturels et en termes de capacité ont contribué à maintenir la prévention et les soins dans ce domaine au second plan des priorités. Il reste encore à convaincre certains responsables politiques de l'importance d'un investissement accru. Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, il reste à développer des moyens d'information et de documentation, dans ce domaine comme dans d'autres. Il est vrai que dans certains pays, comme en Inde, les moyens d'information ont déjà fait leurs preuves pour éveiller les consciences chez les responsables politiques. Une planification et une action efficaces et coordonnées entre les ministères sont des choses rares, et l'implication des ONG, qui est essentielle, est encore plus rare. En Algérie, à Djibouti, au Maroc et au Soudan, des plans d'action intensifiés sont en cours de développement, qui prévoient des mesures pour assurer la coordination entre plusieurs instances gouvernementales. Ailleurs, là où les engagements et les investissements restent à développer, il convient d'entreprendre des recherches sur les risques véritables de propagation et sur les vulnérabilités et d'en faire état pour influencer la décision d'investissement.

Là où la prévalence générale du VIH est faible, les dirigeants sont enclins à temporiser, à reporter les projets et à attendre que des épidémies éclatent. Les expériences successives de plusieurs pays ont montré qu'une telle stratégie était peu sage et très risquée. Des études menées en 1997 par la Banque mondiale ont montré de manière évidente que le coût d'un investissement lorsque l'épidémie n'était pas encore répandue était bien moindre que les pertes survenant lorsque les taux de contamination par le VIH commencent à croître (Banque mondiale, 1997a). Le Sénégal et le Bangladesh font partie d'un petit nombre de pays à faibles taux de prévalence ayant tôt investi dans des programmes au ni-

veau national, et à ce jour ils ont bien réussi à maintenir leurs niveaux de prévalence à de faibles valeurs. Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, il semble que l'Algérie, l'Iran, le Liban et le Maroc soient les prochains exemples de pays à faible taux de prévalence à être prêts à développer et à réaliser des programmes de prévention substantiels. Le Maroc constitue encore un exemple de réussite d'un processus de planification stratégique englobant toutes les parties intéressées (voir Encadré 6.1).

L'Algérie s'est engagée dans un processus similaire de développement de plan stratégique de lutte contre le sida s'étendant à différents secteurs, avec une participation élargie à différents ministères, partenaires internationaux et ONG. Jusqu'à présent, l'Iran s'est occupé du risque lié à la toxicomanie, et l'implication des ONG y reste limitée. Il sera sans doute nécessaire d'y éradiquer rapidement la prostitution et d'autres facteurs de risque, une tâche que les ONG sont la plupart du temps les mieux à même d'entreprendre, en collaboration avec l'État. Dans tous ces exemples, des travaux de recherche crédibles et utiles ont eu lieu pour informer les décideurs. La production de ce savoir n'était pas destinée à des publications académiques ni à la consommation médiatique, mais plutôt aux parties légitimement intéressées à la prévention du VIH comme les administrations, les ONG, les donateurs, etc. D'un autre côté, Djibouti, tout en bénéficiant des recherches nécessaires pour faire la preuve des facteurs de risque, a attendu trop long-

ENCADRÉ 6.1

La planification stratégique de la lutte contre le sida au Maroc

Le processus de développement d'un plan stratégique pour le Maroc a commencé par l'ébauche d'un rapport analysant la situation et les moyens de lutter contre le sida au niveau national. Ce processus concernait la situation épidémiologique et son évolution, la formation de plans nationaux plus précoces et les mesures effectivement prises par rapport aux objectifs de ces plans. Par ailleurs, le rapport visait à évaluer les ressources humaines et financières disponibles pour la lutte contre le sida. Des sections ont été spécialement consacrées aux rapports dans les régions de Tanger, d'Agadir et de Marrakech. Dans des chapitres spécifiques, la situation était analysée en se préoccupant de l'impact sur les individus, sur la famille et sur la société, sur les tendances en matière de toxicomanie, sur les systèmes de prostitution et sur le rôle des sexes dans la société marocaine, et sur les mesures pouvant être prises par les ONG. Une synthèse présentait également les actions régionales, avec une analyse des obstacles et des opportunités au niveau général.

Des ateliers de travail pour le développement des plans locaux se sont déroulés dans les régions de Tanger, d'Agadir et de Marrakech. Un atelier de travail national de consensus s'est tenu pendant trois jours à Rabat, avec un vaste ensemble de participants invités, parmi lesquels différents ministères, toutes les ONG susceptibles d'apporter leur contribution à la lutte contre le sida, les membres des Groupes thématiques de l'ONU et les donateurs éventuels. Plusieurs présentations, soigneusement préparées à l'avance, ont eu lieu, et huit animateurs ont été sélectionnés pour mener le processus permettant d'aboutir à un consensus entre les participants. Il en est résulté un programme budgété exhaustif, formulé en fonction d'un ensemble d'informations disponibles, des principes du développement social et des définitions claires des rôles des diverses administrations, des ONG et des autres acteurs concernés.

temps. Ce pays souffre aujourd'hui d'une épidémie généralisée, et pour en limiter l'impact, un investissement très important sera indispensable.

Dans la plupart des pays, un programme de recherche sociale et comportementale sérieuse est nécessaire pour établir les types, les conditions et les déterminants des comportements à risque partout où on peut les observer, pour identifier les groupes de population susceptibles de se livrer à ce genre de comportements plus fréquemment que les autres, pour estimer les effectifs de ces groupes, concevoir des mesures appropriées et contrôler l'impact des programmes de prévention et de soins auprès de ces groupes.

Un tel processus suppose un examen approfondi de tous les documents publiés ou non sur le sujet, y compris les thèses de maîtrise et de doctorat. Dans la plupart des pays, on trouve des chercheurs ayant travaillé sur les questions relatives à la santé de la reproduction ou même au planning familial. Avec de l'aide et peut-être même le soutien et la formation des célèbres programmes de la Fondation Ford, il sera possible de mobiliser ces chercheurs pour développer de nouvelles recherches sur les problèmes d'inégalité des sexes et de sexualité, en partant des importants fondements déjà présents dans la région (Al-Jowder, 2001 ; Davis, 1992 ; Davis et Davis, 1989 ; El-Tawila, 2000 ; Ghannam, 1997 ; Ghurayyib, 1992 ; Ilkkaracen, 2000 ; Khattab, 1996 ; Mernissi, 2000 ; Murray et Roscoe, 1997 ; Obermeyer, 1994, 2000 ; Reysoo, 1999 ; Schmitt et Sofer, 1992 ; Seif El-Dawla, Abder Hadi et Abdel Wahab, 1998 ; Shabaan, 2000 ; Shokrollahi et autres, 1999 ; Von Bruck, 1997 ; Wikan, 1976).

Les recommandations spécifiques, pour les domaines de recherche concernés et les mesures à prendre, sont les suivantes :

- Les études de formation doivent avoir un caractère qualitatif et ethnographique, et doivent être suivies d'enquêtes quantitatives, un rapport ayant d'abord été développé et la confiance ayant été établie. Il importe que les chercheurs utilisent l'information récoltée pour éclairer les décideurs politiques de manière à faciliter la compréhension humaine et à favoriser des actions qui n'aient pas un caractère punitif.
- Une approche valable de la priorité à donner à la lutte contre le sida consiste à lancer un processus de développement global, qui implique la participation d'un grand nombre de parties concernées et qui évolue dans un délai restreint vers un consensus sur les mesures nécessaires.
- Le développement des mesures politiques revêt plusieurs aspects et constitue un modèle pour la planification des actions. Un des aspects les plus importants d'une politique de lutte contre le sida est le processus selon lequel toutes les parties concernées ont la possibilité de débattre, de discuter et de parvenir à un accord sur les mesures à prendre pour faire progresser la prévention et les soins, dans chaque pays. Si un tel processus peut demander un an ou davantage, l'effort en vaut la peine dans la mesure où cela permet de déclencher une prise de conscience des responsables clés dans les ministères concernés, ceux qui peuvent jouer un rôle dans la réduction de la vulnérabilité. Par ailleurs, cela permet de définir les domaines dans lesquels des travaux de recherche sont nécessaires et de donner une légitimité à des efforts de recherche qui risqueraient, autrement, d'être considérés comme trop sensibles.

Atteindre les populations non-visibles

Lors de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le sida (UNGASS) qui s'est tenue à New York au milieu de l'année 2001, les différentes sensibilités des pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale aux déclarations publiques concernant les groupes socialement et religieusement désavoués étaient tout à fait visibles. Une forte hostilité religieuse et sociale peut véritablement décourager les gens de s'adonner à un comportement à la fois risqué et considéré comme immoral, mais il est profondément faux d'affirmer qu'il n'y a *pas de risque*. Même de faibles niveaux de risque, représentés par de petits groupes d'individus ayant des activités risquées, peuvent constituer un foyer de transmission au sein d'une nation. C'est certainement le cas en Indonésie, où il a fallu plus d'une décennie pour que l'épidémie devienne clairement visible.

C'est pour cette raison qu'il convient d'utiliser des méthodes spécifiques qui soient discrètes lorsqu'il s'agit d'atteindre les groupes socialement et légalement marginalisés. Un tel effort est possible si des arrangements politiques peuvent se faire entre les organismes concernés, et si une ONG internationale ou locale inspirant la confiance se voit accorder la permission d'agir ainsi. Au Maroc et au Bangladesh, on a pu ainsi agir auprès des homosexuels (voir Encadré 6.2).

De manière spécifique, il existe un certain nombre de manières d'atteindre les populations invisibles. On peut en suggérer quelques-unes :

- Les programmes de santé de la reproduction peuvent atteindre de diverses manières discrètes les individus qui se prostituent, par exemple par l'installation d'un dispensaire de voisinage pour les prostituées ou simplement pour les habitantes des environs, et en faisant en sorte que l'on sache qu'un personnel accueillant et spécifiquement formé est disponible et apte à comprendre leurs besoins. Au Vietnam, ce sont de petits clubs de remise en forme pour femmes qui remplissent ce rôle. Une autre possibilité consiste à aller rencontrer les prostituées la nuit et à leur indiquer un site auquel elles pourront accéder durant la journée pour obtenir de l'information et des services. Sur le site en question, qui peut être un véritable centre de soins ou bien une maison ou un appartement privé, on peut envisager un petit centre de diagnostic et de traitement des MST. Pour que le service soit adapté à la situation, une recherche en ethnographie serait nécessaire, qui devrait impliquer fortement les membres du groupe à risque. Dans un certain nombre de pays, diverses méthodes ont été utilisées pour atteindre les couches invisibles de la population.
- Une approche importante consiste à développer des programmes spécifiques de prévention du VIH pour les membres de la police ou des forces de sécurité et leurs femmes. Une fois que l'on parvient à discuter des questions de prévention avec ces personnes, il est souvent bien plus facile d'obtenir la coopération de ceux qui risqueraient d'être arrêtés pour prostitution ou usage de stupéfiant, dans des programmes d'action sociale dans les rues et les endroits publics. Même sans une intervention formelle auprès de la police, des discussions répétées à huis clos peuvent jouer un rôle

ENCADRÉ 6.2

Agir auprès des homosexuels au Maroc et au Bangladesh

Au Maroc, l'Association marocaine de lutte contre le sida, une organisation de bénévoles dirigée par une femme médecin réputée, a entrepris en 1993 un petit projet de recherche et d'action concernant les hommes qui se prostituent. Compte tenu du fait qu'il s'agissait d'individus très marginalisés et que l'homosexualité était un délit passible de trois à six mois de prison, l'organisation a procédé avec prudence, en privilégiant les actions éducatives et l'action sociale. Un des plus grands obstacles était constitué par la police, qui considérait la détention de préservatifs comme une preuve de prostitution : en conséquence, un certain nombre d'hommes ne voulaient pas avoir de préservatifs sur eux. L'organisation a mis en place des espaces protégés pour la discussion en groupe, elle a distribué des préservatifs et des brochures d'information et elle a rendu possibles le conseil et le dépistage volontaire. Le projet se poursuit aujourd'hui au Maroc, sous une forme plus étendue pour toucher davantage de groupes marginalisés.

Au Bangladesh, La Bandhu Social Welfare Society a commencé ses travaux en 1998. Grâce à un travail soigneux de documentation, de négociations avec la police locale, d'explications patiemment prodiguées aux autorités nationales chargées de la lutte contre le sida et de présentation aux bailleurs de fonds, elle a pu faire apprécier son action malgré le tabou qui entoure toujours l'homosexualité masculine. En atteignant les homosexuels par le biais des centres de traitement des MST de Bandhu, il a été possible d'intégrer dans la surveillance annuelle du VIH et de la syphilis, dans le cadre du Programme national de lutte contre le sida, des groupes d'homosexuels, prostitués ou non. La surveillance relative aux comportements concerne les mêmes groupes, qui font l'objet d'un échantillonnage aléatoire dans la ville de Dhaka, et, associée à une action, elle a été étendue aux *hijras*, une population de transsexuels du Sud de l'Asie. Au cours de la deuxième année de surveillance, les statistiques ont montré la réussite de l'intervention, ce qui a incité les donateurs à investir pour la généraliser. Dans ce groupe de population, la prévalence du VIH reste faible, et il semble que les taux de syphilis soient en baisse. Depuis 2000, le Programme national de lutte contre le sida a aussi fait partie des bailleurs de fonds, et a aidé ainsi Bandhu à toucher les homosexuels prostitués des autres grandes villes du Bangladesh. La Bandhu Social Welfare Society a joué un rôle de premier plan dans d'importants travaux de recherche concernant la masculinité et la responsabilité des hommes dans les relations sexuelles et la reproduction, et elle est devenue un des principaux acteurs de la lutte contre le sida à l'échelle du pays. Ses dirigeants, qui sont des jeunes hommes tolérants, religieux et engagés, ont été un facteur clé de cette réussite.

Source : Boushaba et Hammich, 2000 ; Boushaba et autres, 1999 ; Jenkins, Ahmed et autres, 2001.

important pour la sensibilisation au problème du sida et pour la prévention. Ce genre de processus est essentiel pour d'autres catégories de personnel non-informé comme les militaires, les officiers des patrouilles frontalières, etc.

- Il semble que dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, les IDU souffrent moins de la stigmatisation que les groupes d'individus exposés au risque de transmission sexuelle. Par conséquent, il est possible d'agir auprès des IDU de façon plus institutionnalisée, mais il peut être nécessaire pour cela de modifier certaines lois. Là encore, une étude politique approfondie est nécessaire pour harmoniser les méthodes et les stratégies de lutte contre la drogue et de prévention contre le

VIH. En ce qui concerne les IDU et le risque de transmission du VIH, c'est l'Iran qui apporte à la région l'exemple du chemin à suivre.

Réduire la vulnérabilité des personnes qui migrent

La prévention du VIH chez les personnes qui migrent est un problème international. Des programmes coordonnés entre pays hôtes et pays d'origine sont une chose essentielle, et il faut que ces programmes soient développés au-delà du simple dépistage qui a lieu actuellement. La participation d'organismes comme l'OIM, l'UNHCR et l'UNAIDS est essentielle, dans le cadre des accords existant entre eux. Le secrétariat de l'UNAIDS et les organismes concernés devraient diriger les projets de planification et de coordination de la prévention à l'attention des personnes qui migrent dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale et participer à tous les forums ayant une portée politique ou économique dans cette région.

L'OIM, en collaboration avec les pays hôtes, a développé des programmes spécifiques pour les personnes qui migrent et se trouvent dans une situation difficile. Plus récemment, un tel programme a été mis en place dans le nord de la Thaïlande, pour les immigrants birmanais. Les méthodes selon lesquelles ce programme a été négocié nécessitent une étude et probablement une adaptation, mais elles constituent un exemple de possibilité d'accès des étrangers à l'information et aux services nécessaires. Par ailleurs, là où une migration transfrontalière temporaire semble constituer le principal problème, comme en Algérie, le nouveau Programme régional du Mékong, qui a permis une surveillance des comportements chez ceux qui traversaient les frontières, pourrait servir d'exemple. Un autre exemple bien connu et moins récent de prévention du VIH à travers les frontières par l'action sociale et les services de soins est celui du programme dont on peut observer le déroulement à la frontière indo-népalaise. Ce programme a été étudié et évalué, bien qu'aucune surveillance n'ait encore eu lieu au sein des sous-ensembles de la population concernée.

L'UNHCR et l'UNAIDS exercent des rôles spécifiques dans la négociation de la prévention du VIH et des soins pour les réfugiés, dont les droits, dans les pays hôtes, ont besoin d'être protégés. Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, citons le cas du Yémen où les droits des réfugiés à accéder à l'information, au conseil et au dépistage volontaire ainsi qu'aux services de soin des MST et autres aides, ne pourront pas être respectés tant que les mêmes services ne seront pas mis à la disposition des citoyens de ce pays : un préalable qui reste à réaliser.

La prévention du VIH chez les touristes a divers précédents. L'Australie, en particulier, a développé un ensemble de stratégies fameuses, appropriées aux Australiens qui voyagent en Asie. Aux Maldives, l'Association nationale pour le tourisme a mis en place une formation à la prévention du VIH dans les écoles professionnelles de cette filière et s'est engagée à installer des distributeurs de préservatifs dans les hôtels, ce qui intéresse à la fois les touristes et la main-d'œuvre locale. Les distributeurs de préservatifs sont une

solution surtout dans un contexte commercial et d'anonymat. La Thaïlande est en train de développer un programme pour en installer dans les universités.

Promouvoir une information pratique et des moyens de prévention

On en sait peu sur le niveau de connaissance dans la région, à propos du VIH et du sida. Une étude réalisée en Jordanie semblait indiquer que les niveaux de connaissance ont chuté au cours de ces dernières années. Les possibilités d'éducation du public par les mass media n'ont pas été pleinement exploitées, et les efforts ont généralement été limités et ponctuels. Cependant, là où on a recouru à des films ou à des représentations théâtrales, comme au Liban, à Oman, et plus récemment au Yémen, l'éveil des consciences a été une grande réussite. Lorsque les gens n'entendent parler du sida qu'à l'occasion d'une Journée mondiale du sida, il y a des chances pour qu'un grand nombre de citoyens ne puissent pas croire que le VIH constitue une menace sérieuse pour la population. L'information de première génération sur le sida, c'est-à-dire l'information sur les modes de transmission, n'est pas encore largement ni correctement comprise. Si la connaissance, en elle-même, ne change pas le comportement, elle constitue cependant une condition préalable à un changement spontané chez l'individu comme à la participation de la société civile à l'effort national de prévention.

Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, les réactions au préservatif se sont révélées être un obstacle majeur. Faute de disposer pour le moment d'autres accessoires permettant d'empêcher la propagation du VIH lors des relations sexuelles, il est difficile de considérer qu'éduquer la population sur les modes de transmission sans faire connaître les moyens de prévention et sans les rendre disponibles puisse constituer une action adéquate pour la santé publique. L'absence d'éducation sur ce sujet et de distribution de préservatifs aux personnes atteintes de MST par les centres de soins dans cette région, telle qu'elle est fréquemment rappelée, est évidemment contraire à toute éthique. La crainte qu'inspire la promotion du préservatif dans les sociétés conservatrices ne s'est pas révélée être fondée. Là où une surveillance des comportements a permis de caractériser les habitudes sexuelles chez des groupes de population spécifiques, comme par exemple les chauffeurs de taxi et les camionneurs, la promotion des préservatifs par l'État n'a pas engendré un surcroît d'activités sexuelles. En fait, dans la plupart des cas, l'incidence des pratiques sexuelles illicites a chuté en même temps que l'utilisation des préservatifs a pris de l'importance (Family Health International, 2001a).

Pour la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, les étapes suggérées sont les suivantes :

- Le débat dont le besoin s'accroît, sur la manière d'éveiller les consciences et sur la distribution des préservatifs, a plus facilement lieu là où les parties concernées se rassemblent dans le cadre d'un processus politique. Il est possible de procéder par petites étapes, avec un suivi. Les chefs religieux peuvent jouer un rôle important en incitant à

des comportements conformes à la morale, mais les gens ont le droit d'utiliser des préservatifs pour se protéger d'une maladie mortelle, de la même manière qu'un enfant a le droit de bénéficier d'une vaccination contre la rougeole. Ces deux conceptions ne sont pas incompatibles, comme on a pu le constater dans des pays comme le Bangladesh, l'Indonésie, le Sénégal, l'Ouganda et dans d'autres sociétés conservatrices.

- On trouve de plus en plus souvent des préservatifs féminins, permettant aux femmes, dans un certain nombre de pays et de circonstances, de choisir. Dans le cadre des programmes de santé de la reproduction, on pourrait commencer à étudier l'acceptabilité des préservatifs féminins, comme cela est prévu en Tunisie.

Rendre la jeunesse moins vulnérable

Il est clair que la santé reproductive, pour les jeunes, est un problème à la fois sensible et important, qui, dans cette région, suscite beaucoup de préoccupations. Dans ce domaine, la planification à travers les secteurs est utile, et les autorités d'éducation, les instances qui réglementent le travail et les centres de planification devraient prendre en compte l'impact de la politique économique sur le coût de l'éducation, sur l'accès à l'emploi et sur l'amélioration de la condition des jeunes chômeurs. Il conviendrait aussi d'intégrer une éducation à la réduction de la demande de drogue dans l'effort réalisé à travers les secteurs pour la jeunesse dans cette région.

D'importantes opportunités existent de développer des programmes d'acquisition des compétences nécessaires dans la vie courante, surtout pour les jeunes, aussi bien dans le cadre scolaire qu'en dehors de ce cadre. L'UNICEF, l'UNESCO et un certain nombre d'autres organisations ont développé d'excellents systèmes pour les jeunes, dans des sociétés très diverses. Une recherche adéquate est nécessaire en ce qui concerne la formation, et il est essentiel que le développement de tels programmes se réalise dans le contexte d'un processus professionnel.

Les soins et l'assistance

Le besoin existe de développer la fourniture de soins et de conseil, et notamment d'un soutien psychologique aux personnes infectées par le VIH ou souffrant du sida, et d'évaluer les programmes en cours dans la région. Il est essentiel de réaliser des travaux suivis relatifs à la qualité des services, du point de vue des clients comme des prestataires de soins. À ce jour, il n'a pas été défini clairement des programmes pour assurer des soins aux orphelins. Plus important, dans la plupart des pays concernés, on n'a pas fait beaucoup pour lutter contre l'opprobre et la discrimination au niveau de la population. Or, la réussite des projets de prévention comme des projets de soins dépend dans une large mesure du degré d'acceptation et de mobilisation de la collectivité. Un tel effort peut

nécessiter la présence d'autres services, concernant la production de revenu ou l'aspect légal. Une vision plus large des soins et de l'assistance sera de plus en plus nécessaire avec la croissance du nombre de cas de sida. Des soins à domicile seront nécessaires. C'est plus particulièrement vrai pour Djibouti, la Somalie et le Soudan.

Cependant, même là où les malades du sida bénéficieront d'un traitement anti-rétrovirus, le conseil pour la prévention et les programmes d'action sociale resteront indispensables. Il ne faudrait pas que les gestionnaires des programmes nationaux ni les personnes séropositives considèrent ce traitement comme la solution au problème du sida. Le réseau d'ONG qui s'est récemment constitué dans la région pour lutter contre le sida doit permettre à ces ONG de renforcer leurs capacités et de s'impliquer davantage dans les actions de lutte contre le sida, en s'attachant plus particulièrement aux groupes de population vulnérables ou à risque.

Les facteurs structurels

L'amélioration des systèmes de soins, la génération de l'accès du public à l'information et la collaboration avec les ONG pour la réalisation des objectifs nationaux, ce sont là autant de questions nécessitant des discussions au sein d'un large ensemble de partenaires du changement.

La meilleure manière de réaliser une planification multi-sectorielle est probablement de la confier à une commission nationale plutôt qu'à un ministère de la Santé. Le sida n'est pas simplement une maladie, c'est une calamité qui accompagne les failles des systèmes instables ou inadéquats et qui reflète les conditions du développement humain dans un pays.

Travailler avec les collectivités

Lorsque seul le gouvernement détient le pouvoir de prendre des décisions, d'acquérir et d'utiliser les ressources et de mener à bien les tâches de prévention et de soins, les collectivités affectées n'ont pas la possibilité de s'impliquer dans le processus. Dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, un véritable engagement des collectivités concernées et de ceux qui sont susceptibles d'être touchés suppose un effort renouvelé dans la collaboration avec les ONG. Il se peut que les lois limitant leur accès aux ressources ou à certaines activités aient besoin d'être révisées ou changées. Il faut que les ONG soient invitées à rejoindre les gouvernements et les autres acteurs dans un effort renouvelé de maintien d'une faible prévalence, là où existe réellement une faible prévalence, et de réduction du nombre de nouveaux cas là où la prévalence est plus élevée comme à Djibouti.

Pour que les collectivités locales disposent effectivement d'une marge de manœuvre, par le biais des ONG ou d'organismes similaires, un processus de rapprochement est né-

cessaire ainsi qu'une inversion de la tendance dans certains aspects de l'approche descendante actuelle de la prévention du VIH. La recherche pour l'action, menée auprès des groupes de population vulnérables, peut élever le niveau de conscience de ces groupes vis-à-vis de la menace potentielle à laquelle ils se trouvent confrontés, et les motiver à réagir. Les médiateurs des ONG peuvent servir à faciliter le dialogue entre celles-ci et les gouvernements.

Le contrôle et l'évaluation

Le progrès des programmes nationaux n'a été évalué que dans quelques cas. Lors des congrès internationaux, tous ces programmes ont fait l'objet de comptes-rendus à l'attention de l'OMS/EMRO, mais ces rapports minimisent souvent les décalages et les difficultés rencontrées.

Pour un contrôle et une évaluation corrects des investissements, une surveillance de deuxième génération adéquate est devenue souhaitable, de même que des équipes indépendantes constituées pour évaluer périodiquement les programmes. Il s'agit d'un mécanisme fondamental pour l'obtention de progrès continus.

Le temps nécessaire

Une mise en œuvre réussie des programmes évoqués précédemment, et notamment de la surveillance de deuxième génération, nécessite un temps considérable. Si le savoir-faire technique nécessaire pour cela ne se trouve pas dans chaque pays, on peut le trouver dans la région ou bien dans des contextes culturels similaires.

L'UNAIDS pourrait faciliter la mise en place d'un réseau régional de spécialistes du sida. Le renforcement des capacités locales devrait toujours être prioritaire, mais cela nécessite un investissement sur un certain nombre d'années.

Il faut aussi du temps pour changer les comportements. Un grand nombre de gens sont incapables de changer leurs habitudes risquées sans une aide considérable. Il s'agit de le comprendre et de développer les services appropriés.

Financer l'effort

Lorsque l'implication politique est évidente, on a plus de chances de trouver les fonds. La Banque mondiale constitue une source appropriée pour les principaux programmes dirigés par un gouvernement. Les bailleurs de fonds bilatéraux peuvent plus souvent donner les fonds directement aux ONG et financer des projets spécifiques, limités dans le temps. Le GFATM est une nouvelle source de financement appréciable. Cependant, il

convient de prendre en compte les problèmes de durabilité. Il faut qu'en fin de compte, les gens apprennent comment protéger leur propre santé de la reproduction et de la sexualité, et qu'ils cherchent à obtenir un traitement pour les maux dont ils souffrent. Il faut que les produits et les services nécessaires soient disponibles, même s'ils doivent finalement être achetés. Il convient d'envisager un plan à long terme pour l'intégration de services spécifiques dans les systèmes nationaux d'assurance et autres plans de santé. Aucune des mesures évoquées précédemment ne saurait être acceptable sans que le public comprenne ce que sont le sida et les MST, comment ces maladies affectent la santé et comment il est possible de les éviter. Pour de meilleurs services relatifs à la santé de la reproduction et de la sexualité, pour les hommes comme pour les femmes, ainsi que pour de meilleurs traitements de désintoxication, une approche en termes de tarification des services peut se révéler nécessaire. Ce serait le moyen non seulement d'une plus grande viabilité financière, mais aussi, dans les meilleures circonstances, d'un ajustement de ces services aux besoins et aux préférences des consommateurs.

À court terme, il faut que le gouvernement de chacun des pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale commence à considérer le sida comme un problème national de grande importance, susceptible d'avoir pour le pays des conséquences désastreuses et coûteuses. À long terme, il faudrait que ces services soient intégrés dans le système général des services liés à la santé et au bien-être social et des mesures publiques de prévention des maladies infectieuses.

Les prochaines étapes dans l'immédiat

Les recommandations que l'on peut faire pour améliorer la situation sont les suivantes :

- Accorder davantage la priorité au sida dans la recherche et les médias.
- Évaluer la réussite des programmes nationaux de lutte contre le sida et les MST et proposer des moyens de les renforcer.
- Développer des politiques nationales et des plans stratégiques, avec les budgets qui correspondent et l'identification des ressources potentielles.
- Instaurer une surveillance de deuxième génération, comprenant des enquêtes relatives aux MST et aux habitudes des individus.
- Apprendre à mener des interventions ciblées auprès des groupes à risque, d'une manière discrète et adaptée au contexte culturel, en collaboration avec les ONG.
- Réduire la vulnérabilité des personnes qui migrent, des personnes déplacées, des populations nomades et des réfugiés, grâce à la participation des organes de l'ONU et des ONG concernées, en commençant par des recherches pour évaluer les situations de risque et en continuant par un processus impliquant toutes les parties concernées dans la conception de mesures appropriées et coordonnées.
- Améliorer la fourniture d'une information claire et de moyens de protection, et développer par petites étapes une promotion des préservatifs, de manière adaptée.

- Développer un apprentissage des compétences nécessaires dans la vie courante et favoriser la réduction de la demande de drogue chez les jeunes, d'une manière efficace et appropriée au contexte culturel, en tenant compte des facteurs structurels qui conditionnent la toxicomanie.
- Réduire la vulnérabilité des jeunes grâce à une planification multi-sectorielle susceptible d'avoir un impact sur la santé de la sexualité et de la reproduction, les taux de chômage, les coûts de l'éducation et l'accès à l'information, entre autres questions essentielles.
- Faire en sorte que des programmes de traitement anti-rétrovirus soient disponibles et comprennent aussi des services de prévention adéquats.
- Donner du pouvoir aux collectivités touchées en favorisant le développement des ONG locales et une participation accrue des personnes séropositives et des malades du sida.
- Développer des réseaux régionaux de spécialistes pour satisfaire aux besoins techniques tout en renforçant les capacités locales.
- Développer des programmes basés sur une bonne connaissance du contexte, avec la participation accrue d'un vaste ensemble de partenaires dans différents secteurs, pour s'attaquer aux facteurs de vulnérabilité, avec des plans et des budgets pour le contrôle et l'évaluation.
- Envisager la durabilité dans l'avenir grâce à des systèmes d'assurance ou autres moyens de financement permettant un accès équitable aux soins pour toutes les couches sociales de la population.
- Renforcer les systèmes d'information au niveau national, afin de contrôler et d'évaluer la situation et la lutte contre le sida.
- Mobiliser de nouvelles ressources humaines et financières pour soutenir les mesures nationales contre le sida, grâce à des efforts de collaboration impliquant un ensemble élargi de partenaires aux niveaux national, régional et mondial.

De telles mesures nécessiteront un effort de collaboration entre un certain nombre d'organismes au sein de l'ONU et diverses administrations, organisations communautaires, ONG, donateurs bilatéraux, autorités religieuses et autres. Par-dessus tout, la coordination d'un tel programme suppose un engagement politique au plus haut niveau. Si cet engagement se réalise, la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale pourra parer la menace que représente le sida pour ses objectifs de développement. C'est dès aujourd'hui qu'il faut agir, pendant que la prévalence de la contamination est encore faible.

Annexe technique

L'étude des déterminants socioéconomiques des niveaux de prévalence du sida

Dans le présent ouvrage, on utilise les résultats de deux études comparatives entre pays : une première étude réalisée par Over (1997) et une deuxième étude réalisée par les auteurs de la présente section. Dans les deux cas, la méthodologie est à peu près la même. Les différences concernent les types de variables et de pays compris dans l'analyse. Over utilise des statistiques sous-nationales et étudie les niveaux globaux de prévalence.

Les modèles statistiques estimés sont de la forme :

$$\log \left(\frac{b_i}{H - b_i} \right) = X_i \beta + \mu_i ; i \in I \quad (1)$$

où b est le niveau de prévalence du VIH, H est le niveau maximal de prévalence pouvant être observé, X est un vecteur composé des variables explicatives, β est un vecteur constitué de paramètres à estimer, μ représente les chocs aléatoires et I est l'ensemble de pays considéré. Les deux études diffèrent de par les variables constituant X ainsi que par les pays constituant I . Dans les deux études, le modèle (1) est estimé par la méthode habituelle des moindres carrés. Les problèmes d'endogénéité sont résolus en incluant dans X des variables représentant le décalage dans le temps. Ainsi, par exemple, en ce qui concerne notre analyse, les niveaux de prévalence du sida (b) correspondent à 1999, tandis que les indicateurs socioéconomiques sont relatifs à 1997.

Le Tableau A.1 récapitule les résultats d'Over (1997). Les Tableaux A.2 et A.3 présentent les estimations de la présente étude. La différence entre ces deux tableaux concerne l'inclusion et l'exclusion du *taux de participation de la population active féminine* comme variable explicative. La première colonne de chaque tableau présente les variables explicatives (les X), la deuxième colonne contient les estimations des coefficients (les β) et la troisième colonne donne le rapport entre le coefficient et son écart type. Un chiffre supérieur à 1,6 indique que la probabilité que le coefficient soit différent de 0 est au moins égale à 90 %.

TABLEAU A.1

Estimations du modèle 1

Observations	132		
Prob > F	0		
R au carré	0,621		
Variable	Coefficient	t	
Age de l'épidémie	0,63	5,5	
PNB par habitant (log)	-1,2	-5,2	
Pourcentage de la population née à l'étranger	0,25	1,9	
Pourcentage de musulmans	-0,013	-3,2	
Indice des inégalités de Gini	7,9	3,7	
Écart d'alphabétisation entre hommes et femmes	0,051	2,2	
Ratio hommes/femmes en zone urbaine entre 20 et 39 ans	2,4	1,9	
Forces armées en % de la population urbaine	0,056	3,1	
Constante	-8,5	-2,7	

Note : 132 observations correspondent à 72 pays. PIB = Produit intérieur brut.

Source : Over, 1997.

PIB par habitant (log)

TABLEAU A.2

Estimations du modèle 2

Observations	93			
Prob > F	0			
R au carré	0,7044			
Variable	Coefficient	Erreur type	t	Probabilité que le coefficient soit différent de 0 (en %)
PIB par habitant (log)	3,457995	1,05874	3,29	99,80
Indice de Gini	0,043984	0,02449	1,8	92,40
Analphabétisme féminin (log)	-0,47499	0,210863	-2,25	97,30
Indicateur pour l'Afrique	38,31385	10,88467	3,52	99,90
Indicateur pour l'Asie	37,15606	10,35637	3,59	99,90
Indicateur pour l'Europe de l'Est et l'Asie centrale	33,21808	10,83085	3,07	99,70
Indicateur pour l'Amérique Latine	33,96994	10,51811	3,23	99,80
Indicateur pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord	30,93839	9,345694	3,31	99,90
Effet sur le PIB par habitant en Afrique	-3,62468	1,289511	-2,81	99,40
Effet sur le PIB par habitant en Asie	-3,94852	1,135634	-3,48	99,90
Effet sur le PIB par habitant en Europe de l'Est et en Asie centrale	-3,69679	1,176082	-3,14	99,80
Effet sur le PIB par habitant en Amérique Latine et aux Antilles	-3,46205	1,166691	-2,97	99,60
Effet sur le PIB par habitant pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord	-3,35197	1,015941	-3,3	99,90
Constante	-39,0636	10,267	-3,8	100,00

Note : PIB = Produit intérieur brut.

Source : Calculs des auteurs.

TABLEAU A.2

Estimations du modèle 2, en tenant compte de la participation des femmes à la population active

Variable	Coefficient	Erreur type	t	Probabilité que le coefficient soit différent de 0 (en %)
Observations	91			
Prob > F	0			
R au carré	0,7044			
PIB par habitant (log)	3,511863	0,99	3,54	99,90
Indice de Gini	0,0429746	0,02	1,78	92,10
Part des femmes dans la population active (carré)	-46,83818	30,43	-1,54	87,20
Part des femmes dans la population active (log carré)	6,750899	4,29	1,57	88,00
Analphabétisme féminin (log)	-0,3944203	0,23	-1,69	90,40
Indicateur pour l'Afrique	36,09592	10,14	3,56	99,90
Indicateur pour l'Asie	35,70654	9,66	3,7	100,00
Indicateur pour l'Europe de l'Est et l'Asie centrale	31,3269	10,33	3,03	99,70
Indicateur pour l'Amérique Latine	35,099	9,68	3,62	99,90
Indicateur pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord	31,38874	8,89	3,53	99,90
Effet sur le PIB par habitant en Afrique	-3,384934	1,20	-2,81	99,40
Effet sur le PIB par habitant en Asie	-3,802523	1,06	-3,58	99,90
Effet sur le PIB par habitant en Europe de l'Est et en Asie centrale	-3,546957	1,12	-3,16	99,80
Effet sur le PIB par habitant en Amérique Latine et aux Antilles	-3,581975	1,07	-3,36	99,90
Effet sur le PIB par habitant pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord	-3,41716	0,96	-3,54	99,90
Constante	41,30813	53,60	0,77	55,70

Note : PIB = Produit intérieur brut.

Source : Calculs des auteurs.

Estimer les impacts socioéconomiques éventuels de l'épidémie

Notre modèle prend en compte quatre canaux à travers lesquels l'épidémie affecte l'économie : l'effectif et la composition de la population active, la croissance de la productivité, les dépenses de santé et le taux d'épargne. D'autres canaux, comme les réductions du capital humain par suite d'une augmentation du nombre d'orphelins, moins susceptibles de développer pleinement leurs capacités physiques et intellectuelles¹, sont ignorés pour des raisons d'ordre méthodologique. Ainsi, on peut dire que notre modèle sous-estime le coût économique de l'épidémie de sida.

Depuis sa version originale (Robalino, Voetberg et Picaso, 2002), le modèle a subi deux importantes modifications. Premièrement, nous y introduisons trois types de main-d'œuvre pouvant être affectés différemment par l'épidémie : la main-d'œuvre qualifiée, la main d'œuvre non-qualifiée et la main-d'œuvre au chômage. Deuxièmement, nous associons le modèle macroéconomique à un modèle de propagation du sida qui prend en compte en même temps la transmission sexuelle et la transmission par le partage d'ai-

guilles contaminées parmi les IDU (les deux principaux modes de transmission dans le cas des pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale). C'est là un aspect pratique du modèle, qui nous permet de simuler les implications en termes de bien-être d'actions particulières comme la généralisation de l'usage des préservatifs ou la possibilité pour les IDU d'utiliser des aiguilles stérilisées.

Un autre aspect important du modèle est le fait que le taux d'épargne de l'économie concernée soit calculé de manière endogène, afin de maximiser la consommation dans le temps. Cela nous permet de simuler les impacts de l'épidémie dans des « conditions idéales » et d'adopter une démarche normative pour dire quand et de quelle manière les gouvernements devraient agir.² En fait, l'hypothèse introduite dans la plupart des modèles, selon laquelle les épidémies entraînent une réduction de l'épargne, n'est pas confirmée par les statistiques empiriques. En l'absence de marchés de l'assurance efficaces, des agents rationnels peuvent réellement accroître leur épargne pour se prémunir contre l'effet de dépenses de santé futures potentiellement élevées. L'effet ultime du VIH sur le taux d'épargne de l'économie dépendra de la manière dont il affectera les préférences des agents (aversion au risque, taux d'actualisation) et le solde budgétaire de l'État. Par souci de simplification, dans nos simulations, les préférences resteront constantes et l'on supposera que la société concernée réagit de manière optimale au choc provoqué par l'épidémie. On risque ainsi de sous-estimer les impacts macroéconomiques de celle-ci.

Modéliser l'économie

Le modèle est fondé sur l'hypothèse selon laquelle la production d'une économie donnée peut être représentée sous forme d'une fonction simple du travail et du capital :

$$Y_t = H^{-\alpha} K_t^\alpha A_t \quad (1)$$

où Y est le PIB, K est le stock de capital produit, H est le travail corrigé en fonction de la qualité, notre variable approchée du capital humain, et A est un facteur d'échelle.

Le taux de croissance de A tient compte de l'évolution de la productivité totale des facteurs, et sa dynamique est déterminée de manière exogène. Nous avons donc :

$$\log A_t = \log A_{t-1} + \gamma_a \exp(-\delta_a t) \quad (2)$$

où γ_a est le taux de croissance de la productivité globale du travail et δ_a la réduction annuelle du taux de croissance.

Le capital humain est défini par :

$$H_t = \sum_i a_i N_{it} ; i \in I \quad (3)$$

où N_i est le nombre d'employés de type i , a_i est la productivité de la main-d'œuvre de type i , et I représente la série des types de main-d'œuvre. Il est pratique de réécrire l'équation (3) sous la forme suivante :

$$H_t = q_t N_t \quad (4)$$

où q_t est la qualité moyenne du travail au temps t , donnée par :

$$q_t = \frac{1}{N_t} \sum_i a_i N_{it} ; i \in I \quad (5)$$

Pour simplifier cette application, nous utilisons trois types de main-d'œuvre : la main-d'œuvre qualifiée ($a = 1$), la main-d'œuvre non-qualifiée (arbitrairement définie par $a = 0,5$) et la main-d'œuvre au chômage ($a = 0$). Compte tenu du manque de connaissance concernant le fonctionnement du marché du travail dans la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale, nous avons évité d'en modéliser de manière explicite la dynamique (en formalisant les décisions d'offre et de demande de main-d'œuvre). Nous posons plutôt des hypothèses sur les probabilités de transition entre les différents types de main-d'œuvre et nous traitons le taux de croissance de la population active globale de manière exogène. Ce traitement suffit pour atteindre notre objectif consistant à être capables de simuler l'impact de répartitions alternatives de la charge du sida sur la main-d'œuvre. Ainsi, nous postulons :

$$\mathbf{N}_t = \eta_1 [\mathbf{N}_{t-1} - \mathbf{D}_{t-1}] \eta_2 \Delta N_t \quad (6)$$

où \mathbf{N} est une matrice (3,1) donnant le nombre d'employés dans chaque classe de main-d'œuvre, η_1 est une matrice (3,3) des probabilités de transition, \mathbf{D} est une matrice (3,1) donnant le nombre de décès dans chaque classe de main-d'œuvre, η_2 est une matrice (1,3) donnant la proportion de nouveaux travailleurs s'ajoutant à chaque classe de main-d'œuvre, et ΔN est le nombre de nouveaux travailleurs.

Ce nombre de nouveaux travailleurs est caractérisé comme suit :

$$\begin{cases} N_t = \exp[\log(N_{t-1}) + \gamma_n \exp(-\delta_n t)] - \Delta H_{t-10} \\ H_t = \beta_t N_t \end{cases} \quad (7)$$

où H est le nombre total d'individus contaminés par le VIH et β est le niveau global de prévalence du sida. Cette fonction sous-estime l'impact démographique de l'épidémie. Nous l'utilisons par souci de simplification de l'analyse.

Pour déduire le taux d'épargne optimal et par suite la dynamique du stock de capital produit, nous supposons que les économies nationales suivront un chemin maximisant une fonction d'utilité qui dépend de la consommation totale. De façon plus précise, nous résolvons le problème d'optimisation suivant :

$$\begin{aligned} \text{Max}_c : V(C_t) &= \sum_t \rho^t \left\{ N_t \frac{(C_t / N_t)^\tau}{1 - \tau} \right\} \\ \text{s.t. ; } K_t &= K_{t-1}(1 - \delta_k) + (Y_t - C_t) \end{aligned} \quad (8)$$

(1), (2), (4) et (5)

où δ_k est la dépréciation du capital, q est un facteur d'actualisation et τ est le coefficient d'aversion au risque. Nous utilisons une fonction d'élasticité constante standard de la valeur de substitution qui est pondérée par la population. En totalisant sur la population, nous pouvons prendre en compte une partie des pertes de bien-être provoquées par les décès prématurés.³

Il est possible de démontrer que dans des conditions optimales, la dynamique du stock de capital produit peut être approchée par :

$$\Delta \ln(K_{t+1} / N_{t+1}) = \alpha_1 + \alpha_2 (\ln(K_{t+1} / N_{t+1}) - \ln(T_t)) \quad (9)$$

où $T_t = q_t A_t^{1/(1-\theta)}$, et α_1 et α_2 sont des fonctions de la suite $\{q_t\}$, taux de croissance de la population active, et des paramètres γ_a , δ_k , θ , τ et ρ (voir Robalino, Voetberg et Picaso, 2002).

Jusqu'ici, dans ce modèle, l'épidémie de sida affecte l'effectif de la population active et sa composition, et par suite la dynamique de la qualité de la main-d'œuvre ainsi que le taux d'épargne de l'économie (selon l'équation 9). Nous envisageons aussi la possibilité que, pour une composition donnée de la population active, le niveau de prévalence du sida affecte le niveau global de la productivité. Comme nous l'avons vu auparavant, cela peut se produire dans la mesure où le turnover de la main-d'œuvre et l'absentéisme augmentent et où les entreprises consacrent des ressources à des activités de prévention. Cela peut aussi se produire si l'efficacité économique décroît lorsque des ressources sont allouées au traitement des malades du sida. Pour formaliser cette idée, nous postulons simplement que le niveau de productivité réalisé est donné par :

$$A_t = A_t (1 - d_1 \beta_t - d_2 c_{bt}) \quad (10)$$

où d_1 et d_2 sont les paramètres qui déterminent les pertes de productivité et c_b est la part des dépenses de santé pour le sida dans le PIB. En présence du sida, A^* remplace A dans les équations (1) à (9).

Les dépenses de santé sont simplement modélisées en suivant l'évolution d'une dépense moyenne par patient (qui dépend du niveau du PIB par habitant) et d'un niveau donné d'accès aux services. Nous avons :

$$c_{b,t} = (\lambda_0 (y_t)^{\lambda_1} \lambda_2 H_t) / Y_t \quad (11)$$

où λ_0 et λ_1 sont les paramètres qui déterminent le coût moyen du traitement d'un patient atteint du sida en fonction du PIB par habitant (y), et λ_2 donne la proportion de l'ensemble H d'individus contaminés ayant accès aux services de soins curatifs.

Modéliser la propagation du sida

Comme pour toute autre maladie infectieuse, la propagation du sida dépend de son taux de reproduction. Il s'agit du nombre moyen de personnes contaminées par un individu porteur du virus au cours de son existence. Plus le taux de reproduction est élevé, plus la propagation de la maladie est rapide. Les maladies dont le taux de reproduction est inférieur à 1 disparaissent progressivement. En ce qui concerne le sida, le taux de reproduction est déterminé par les mécanismes de contamination (relations sexuelles, partage d'aiguilles contaminées chez les toxicomanes, transmission de la mère à l'enfant, transfusion ou utilisation répétée des aiguilles dans les hôpitaux et dispensaires), et par trois éléments associés à chacun : (a) la durée de la période pendant laquelle un individu peut transmettre la maladie par le mécanisme en question, (b) le risque de transmission par contact et (c) la fréquence et l'hétérogénéité des contacts. Dans la présente étude, on s'intéresse à la transmission sexuelle ainsi qu'à la transmission par le partage d'aiguilles contaminées entre les toxicomanes. Il s'agit là des principaux modes par lesquels l'épidémie peut se répandre dans les pays de la région Moyen-Orient/Afrique du Nord/Méditerranée orientale.⁴ Des recherches ont montré aussi que le sida aurait très peu de chances d'avoir un taux de propagation durable si les seuls mécanismes de transmission étaient la transmission de la mère à l'enfant, les transfusions de sang et l'utilisation répétée des aiguilles dans les hôpitaux et dispensaires.

Durée de la période de contamination

Ce qui caractérise le VIH, ce sont l'absence de traitement pour guérir la maladie et la période de survie. En effet, contrairement aux autres maladies, le VIH se caractérise par une longue période pendant laquelle le virus peut être transmis, ce qui augmente d'autant son taux de reproduction. Le fait que la maladie puisse être asymptomatique pendant plusieurs années contribue à la valeur élevée du taux de reproduction. Dans la mesure où d'un point de vue médical, on ne peut pas faire grand-chose pour réduire la période de contamination, celle-ci est généralement considérée comme une constante dans les modèles épidémiologiques (c'est-à-dire que la période de contamination n'est pas affectée par l'évolution du contexte économique et social).

Le risque de transmission par le contact

En cas de rapports sexuels non protégés, la probabilité de transmission du VIH est relativement faible comparativement aux autres MST. Dans les pays industrialisés, par exemple, la probabilité de transmission d'un homme contaminé à une femme est de l'ordre de 0,1 à 0,2 %, tandis que la probabilité de transmission d'une femme contaminée à un homme est la moitié de ce chiffre. Cependant, ces chiffres risquent de constituer une sous-estimation des probabilités de transmission dans les pays en développement, où les conditions sanitaires sont moins bonnes (par exemple, la prévalence des

MST contribuant à la transmission du VIH y est plus forte).⁵ Dans le cas des aiguilles contaminées, la probabilité d'infection est plus élevée (de l'ordre de 3 pour 100 contacts) que dans le cas de rapports sexuels sans protection, encore qu'elle varie en fonction du type de matériel utilisé et de la manière dont la drogue est administrée. De manière générale, ce mécanisme contribue à élever le taux de reproduction, l'épidémie pouvant se transmettre à une majorité de la population des toxicomanes en l'espace de quelques mois (à propos des hypothèses concernant les probabilités de transmission, voir Tableau A.6).

La fréquence et l'hétérogénéité des échanges

La fréquence des échanges de partenaires sexuels ou des partenaires en consommation de drogue est probablement le principal facteur déterminant les schémas de propagation. Toutes choses égales par ailleurs, le taux de reproduction augmente avec la fréquence des échanges. L'hétérogénéité de ces échanges joue aussi un rôle important. En fait, si les échanges se limitent à une population ayant des habitudes homogènes en matière de relations sexuelles ou de toxicomanie, par exemple un groupe de population à risque dans lequel les individus changent souvent de partenaire, l'épidémie ne pourra sans doute pas se répandre au reste de la population, peu exposé. Ainsi, en théorie tout au moins, l'épidémie resterait localisée autour de groupes à risque particuliers, et même si le niveau global de prévalence peut augmenter rapidement au début, il devrait généralement se stabiliser à des niveaux réduits, compte tenu du fait que les membres du groupe à risque meurent. En pratique, cependant, c'est rarement ainsi que les choses se passent. Le plus souvent, les interactions sont hétérogènes, dans le sens où des échanges se font entre les groupes à risque et les groupes peu exposés. L'épidémie peut alors progresser rapidement au sein de la population toute entière. C'est pourquoi les comportements individuels et la répartition de l'épidémie entre les différents groupes à risque jouent un rôle fondamental dans la définition des tendances en matière de propagation.

Notre modèle simule la propagation du sida par deux canaux : le partage d'aiguilles contaminées chez les toxicomanes et les rapports sexuels. Dans le premier cas, nous nous référons à Law (2001), dans le deuxième, au modèle AVERT développé dans Rehle et autres (1998). Le modèle AVERT a été modifié pour prendre en compte des groupes de population supplémentaires (le modèle d'origine n'en comprenant que deux) et pour y introduire le temps (le modèle d'origine étant statique).⁶

Le modèle divise la population âgée de 15 à 49 ans d'un pays en cinq groupes : les prostituées, les femmes IDU, les hommes IDU, les femmes peu exposées et les hommes peu exposés. Pour ce qui est de la contamination par le partage des seringues, le modèle suppose qu'elles sont partagées de manière aléatoire (cette hypothèse est énoncée pour les besoins du suivi). La probabilité qu'un IDU non-contaminé le devienne entre le temps $t - 1$ et le temps t est donc donnée par :

$$\Pr_{it} = 1 - \left[\sum_d \phi_d [\beta_{dt}(1 - r_{idu}) + (1 - \beta_d)] \right]^{n(1-u-dU)} \quad i \in D \quad \forall d \in] \quad (12)$$

où D est le vecteur des groupes de population d'IDU (dans le cas présent, D contient deux éléments : les hommes et les femmes), ϕ_d est la proportion de la population du groupe d dans la population totale des IDU, β_{dt} est la prévalence du sida dans le groupe de population d , r_{idu} est la probabilité de contamination après utilisation d'une seringue contaminée, n est le nombre total d'injections entre le temps $t - 1$ et le temps t , u est la proportion des injections pour lesquelles on utilise des seringues saines et dU est une variable relative à la politique, introduite pour simuler des réductions des habitudes de partage. Dans l'équation (12), l'expression entre $\{ \}$ est la probabilité de se retrouver contaminé après une injection à l'aide d'une seringue partagée. La probabilité que l'aiguille vienne du groupe d est donnée par ϕ_d . Au sein de ce groupe, la probabilité que l'aiguille soit contaminée est donnée par β_{dt} , le niveau de prévalence du sida dans le groupe d . Enfin, si l'aiguille est contaminée, la probabilité que l'individu ne contracte pas le VIH est donnée par $1 - r_{idu}$. Pour obtenir la probabilité composée de ne pas être contaminé après n injections, en tenant compte du fait que pour une proportion $1 - u - dU$ de ces injections, on utilise des seringues partagées, nous élevons simplement l'expression entre crochets à la puissance $n(1 - u - dU)$.

Dans les simulations, avant de prendre en compte les infections transmises sexuellement, on met à jour le niveau de prévalence pour les groupes de population d'IDU selon l'équation (12). Nous obtenons :

$$\beta_{dt} = (H_{dt} + N_{dt}(1 - \beta_{dt})Pr_{dt}) / N_{dt} \quad (13)$$

où H_{dt} est la population d'individus contaminés au temps t dans le groupe d . À ce stade, les décès ne sont pas encore pris en compte.

En ce qui concerne les infections transmises sexuellement, nous suivons le même raisonnement que dans le modèle AVERT. La probabilité qu'un individu non-séropositif soit contaminé au temps t est donnée par :

$$Pr_{it} = 1 - \prod_j \left\{ \left[\beta_{jt} \left(\sum_s w_s (1 - r_s (1 - (f + dF)e))^n \right) + (1 - \beta_{jt}) \right]^{m_{ij}} \right\} \quad (14)$$

$$i \in J; j \in J_{-i}; s \in S$$

où J est le vecteur des groupes de population (ici, cinq), β_{jt} est la prévalence observée sur le groupe j au temps t , S est un vecteur contenant différentes situations en matière de MST (quatre cas considérés : pas de MST, MST ulcéraives, MST non-ulcéraives, MST ulcéraives et non-ulcéraives), w_s est la probabilité d'observer la situation s , r_s est la probabilité de transmission du VIH lors d'un rapport sexuel dans la situation s , f est la probabilité qu'un préservatif soit utilisé, e est l'efficacité du préservatif, m_{ij} est le nombre moyen de partenaires sexuels des individus du groupe i dans le groupe j , et n_{ij} est le nombre moyen de rapports sexuels avec chaque partenaire entre le temps t et le temps $t + 1$. L'expression entre $\{ \}$, similaire à celle de l'équation (12), donne la probabi-

lité qu'un individu non-contaminé du groupe i ne soit pas contaminé après un rapport sexuel avec m_{ij} partenaires appartenant au groupe j . Le produit sur les J groupes donne la probabilité composée de ne pas être contaminé après des rapports sexuels avec des partenaires dans tous les groupes. Entre crochets, la probabilité que le partenaire soit contaminé par le VIH est approchée par le niveau de prévalence β_j . Si le partenaire est contaminé, la probabilité de ne pas l'être après n_{ij} rapports sexuels est donnée par l'expression entre parenthèses. La probabilité de contamination est donnée par r_s , qui dépend du fait que le partenaire soit ou non atteint d'une MST. La probabilité d'avoir différents types de MST est donnée par w_s . La somme donne donc la probabilité attendue de ne pas être contaminé après un rapport sexuel avec un partenaire, compte tenu de la prévalence des MST.

Sous ces hypothèses, la dynamique du niveau de prévalence du sida est donnée par :

$$\beta_{t+1} = \left(\sum_j (H_{jt} + N_{jt}(1 - \beta_{jt})Pr_{jt} - \Delta H_{jt} - 10) \right) / N_{t+1} \quad (15)$$

Le calibrage du modèle

Les différents paramètres du modèle sont présentés dans les Tableaux A.4 à A.6. Le Tableau A.4 est divisé en quatre sections. La première section définit les paramètres économiques (ceux qui déterminent la croissance et la dynamique des marchés du travail). La troisième section définit les paramètres qui déterminent l'impact économique de l'épidémie pour un niveau de prévalence donné. Enfin, la quatrième section concerne les paramètres qui affectent la propagation de l'épidémie. Les Tableaux A.5 et A.6 présentent des paramètres supplémentaires ayant un effet sur cette propagation. Nous les aborderons successivement.

Les paramètres économiques

Les paramètres économiques sont regroupés en deux catégories : les *paramètres de la croissance* et les paramètres du *marché du travail*. Parmi les 10 paramètres de la croissance, trois ont été définis de manière exogène, et sont fixes d'un pays à un autre : le taux de dépréciation du capital (d_k), le taux d'actualisation (r) et le coefficient d'aversion au risque de la fonction d'utilité (t). Les autres paramètres, ainsi qu'un des paramètres du marché du travail (la proportion de chômeurs qui trouvent un emploi), ont été estimés de manière à atteindre des objectifs en termes de croissance économique à moyen et à long terme, des objectifs d'investissement et des projections démographiques. Nous avons procédé comme suit. Le taux de croissance de la population active (g_N) et la variation du taux de croissance de la population active (d_N) ont été estimés en fonction des prévisions officielles par pays de la Banque mondiale. Les paramètres restants, la crois-

sance de la productivité de la main-d'œuvre (d_A), le coefficient du facteur travail dans la fonction de production (q) et la proportion de chômeurs qui trouvent un emploi (h_{13}) ont été estimés en résolvant le problème d'optimisation suivant :

$$\begin{aligned} \text{Min}_{\gamma, \delta, \theta, \eta_{13}} : & \left[g(1-5) - (Y_5 / Y_1)^{1/4} \right]^2 + \\ & \left[g(5-15) - (Y_{15} / Y_5)^{1/10} \right]^2 + \\ & \left[g(15-25) - (Y_{25} / Y_{15})^{1/20} \right]^2 + \\ & \left[I(1-25) - \frac{1}{25} \sum_{t=1}^{t=25} s_t \right]^2 \end{aligned}$$

où $g(t-z)$ représente les objectifs de taux de croissance moyen au cours de l'année t et de l'année z et $I(t-z)$ donne les objectifs pour le taux d'épargne moyen sur la période $t-z$. ces objectifs ont été définis pour chaque pays d'après les Country Assistance Stratégies (Banque mondiale, 1997a, 1997b, 1999b, 1999c, 2000c, 2001b, 2001c, 2001d ; Groupe Banque mondiale, 2001). Pour des raisons de simplification, la part initiale de la main-d'œuvre qualifiée est arbitrairement établie à 50 % et gardée fixe d'un pays à un autre. La part de la main-d'œuvre non-qualifiée est alors calculée par différence. Nous adoptons un point de vue optimiste, nous supposons que les nouveaux arrivants dans la population active ne sont pas au chômage et qu'une majorité de 70 % est qualifiée. Nous ne considérons pas de mobilité entre les types de main-d'œuvre (sauf du groupe des chômeurs au groupe de la main-d'œuvre qualifiée).

Les conditions initiales, pour les variables de sortie, sont établies d'après la SIMA de la Banque mondiale (Banque mondiale, 2002b), et dans le cas du ratio d'output de capital, en utilisant la boîte à outils Productivité totale des facteurs de la Banque mondiale. Nous remarquons que d'une simulation à une autre, tous les paramètres économiques sont fixes.

Les paramètres affectant l'impact de l'épidémie

Trois ensembles de paramètres déterminent l'impact économique de l'épidémie : (a) les paramètres affectant la distribution des décès dus au sida entre les types de main-d'œuvre, (b) les paramètres qui déterminent les dépenses de santé liées au sida et l'impact sur la productivité, et (c) le paramètre qui détermine l'impact direct du taux de prévalence du sida sur la productivité de la main-d'œuvre.

En ce qui concerne la distribution des décès dus au sida, compte tenu de la quasi absence de statistiques dans ce domaine, nous admettons une variation de la proportion de travailleurs qualifiés entre 20 et 50 %. Plus grande est cette part et plus importants sont

K	175 019,6	2 173,4	249 224,6	318 825,9	36 482,8	37 075,8	168 344,7	69 667,7	11 256,4
A	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
N	16,0	0,3	34,3	34,4	3,1	1,7	15,1	5,2	7,6
Impacts de l'épidémie									
Proportion de décès dus au sida dans la main-d'œuvre qualifiée	[20 %-50 %]	[20 %-50 %]	[20 %-50 %]	[20 %-50 %]	[20 %-50 %]	[20 %-50 %]	[20 %-50 %]	[20 %-50 %]	[20 %-50 %]
Impact productivité du travail (d1)	[0-1]	[0-1]	[0-1]	[0-1]	[0-1]	[0-1]	[0-1]	[0-1]	[0-1]
Impact dépenses de santé (d2)	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Coût initial du traitement du sida/PIB	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Hausse marginale du coût	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95	0,95
Accès au traitement	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Propagation du sida									
Épidémiologie									
Part initiale des prostituées + [0 %-0,5 %]	0,31 %	1,00 %	0,31 %	0,31 %	0,31 %	0,31 %	0,31 %	0,31 %	0,30 %
Part initiale des IDU 1 + [0 %-0,5 %]	0,05 %	0,00 %	0,05 %	0,05 %	0,00 %	0,05 %	0,05 %	0,05 %	0,00 %
Part initiale des IDU 2 + [0 %-0,5 %]	0,05 %	0,00 %	0,05 %	0,05 %	0,00 %	0,05 %	0,05 %	0,05 %	0,00 %
Part des prostituées contaminées + [0 %-5 %]	10,00 %	15,00 %	1,00 %	1,00 %	1,00 %	1,00 %	1,00 %	1,00 %	7,00 %
Part des IDU 1 contaminés + [0 %-5 %]	0,30 %	0,00 %	1,00 %	1,00 %	0,00 %	2,20 %	0,34 %	0,34 %	0,00 %
Part des IDU 2 contaminés + [0 %-5 %]	0,30 %	0,00 %	1,00 %	1,00 %	0,00 %	2,20 %	0,34 %	0,34 %	0,00 %
Taux de prévalence global	0,07 %	3,00 %	0,02 %	0,03 %	0,02 %	0,09 %	0,03 %	0,06 %	0,02 %
Comportement préventif/sain									
Utilisation de préservatifs	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]
Efficacité des préservatifs	98,00 %	98,00 %	98,00 %	98,00 %	98,00 %	98,00 %	98,00 %	98,00 %	98,00 %
Partage des seringues	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]	[10 %-50 %]
Nombre moyen d'injections par an	730		730	730		730	730	730	
Prévalence des MST	[0 %-5 %]	[0 %-5 %]	[0 %-5 %]	[0 %-5 %]	[0 %-5 %]	[0 %-5 %]	[0 %-5 %]	[0 %-5 %]	[0 %-5 %]

Note : A = productivité totale des facteurs ; C = consommation ; COR = ratio d'output du capital ; PIB = produit intérieur brut ; IDU = toxicomanes utilisateurs de seringues ; I/Y = part de l'investissement dans le PIB ; K = capital ; N = travail ; MST = maladie sexuellement transmissible ; Y = PIB.

Source : Calculs de auteurs.

les impacts économiques. En prenant 50 % comme valeur maximale, nous adoptons une approche prudente. Les autres décès sont également distribués entre les travailleurs non-qualifiés et les chômeurs.

Le calcul des variations éventuelles des dépenses de santé est fondé sur des estimations disponibles dans la littérature existante. En ce qui concerne le coût moyen du traitement, les estimations issues d'études comparatives entre pays donnent une fourchette représentant deux à trois fois le PIB par habitant (Cyrillo, Paulani et Aguirre, 2001 ; Floyd et Gilks, 2001). Dans cette analyse, nous supposons que le coût moyen annuel du traitement d'un patient atteint du sida est de 1.400 \$ US dans un pays dont le PIB par habitant est de 1.000 \$ US et qu'il augmente de 0,95 % pour chaque pour cent d'augmentation du PIB par habitant. Cependant, l'accès au traitement varie largement d'un pays à un autre. Dans nos calculs, nous supposons qu'une modeste proportion seulement des personnes atteintes du sida, 30 %, aurait droit au traitement. Par souci de simplification, nous négligeons les effets que des dépenses de santé plus importantes pourraient avoir sur la croissance de la productivité.

Enfin, le paramètre qui définit l'impact direct du sida sur la productivité du travail peut varier entre 0 et 0,5. Cela implique qu'un niveau de prévalence de 1 % puisse réduire le taux de croissance de la productivité du travail de jusqu'à 0,5 point de pourcentage par rapport à sa valeur de référence. Il s'agit de la tranche inférieure dans les estimations dont on dispose (Haacker, 2001 ; MacFarlan et Sgherri, 2001).

Les paramètres qui déterminent la propagation de l'épidémie

Compte tenu du manque de statistiques épidémiologiques et comportementales, nous admettons que les différents paramètres varient de manière uniformément dans chaque intervalle. Nous commençons par définir le niveau approximatif de prévalence du sida dans la population générale ainsi que les niveaux de prévalence au sein des groupes à risque (prostituées et IDU). Pour ce faire, nous utilisons les profils et les statistiques par pays de l'UNAIDS rassemblés pour cette étude. En ce qui concerne le Maroc, pays pour lequel on ne dispose pas de statistiques relatives au niveau de prévalence chez les IDU, nous supposons que ces niveaux sont équivalents à ceux de la Tunisie. On ne dispose pas de statistiques fiables concernant la proportion de personnes qui se prostituent et la proportion d'IDU dans chaque pays. Nous considérons donc ces proportions comme des paramètres exogènes pouvant varier d'une simulation à une autre par rapport à une référence prudente : l'amplitude des variations est de 0 à 0,5 %. Compte tenu de la proportion des différents groupes de population, du niveau de prévalence global et des niveaux de prévalence pour les groupes à risque (qui peuvent aussi varier de 0 à 0,5 %), nous calculons les niveaux de prévalence implicites pour les groupes peu exposés. Les statistiques sont rares également en ce qui concerne les habitudes sexuelles et la toxicomanie. Nous admettons que la probabilité d'utilisation d'un préservatif varie entre 10 % (proche de la valeur pour le Maroc)

et 50 % (proche de la valeur pour la Jordanie). La probabilité de partage de seringue peut varier entre 10 et 50 %, tandis que le nombre moyen d'injections par an est fixé à 730 (voir Jenkins, Rahman et autres, 2001). Enfin, la prévalence des MST peut varier entre 0 et 5 %. Le nombre total de cas de MST est également réparti entre les maladies non-ulcératives, ulcératives, et ulcératives et non-ulcératives.

La deuxième série importante de paramètres ayant un effet sur la dynamique de l'épidémie de sida concerne le niveau et l'hétérogénéité de l'activité sexuelle. Le Tableau A.5 présente le nombre moyen de partenaires pour les différents groupes de population et le nombre moyen d'occurrences de rapports sexuels. Les chiffres sont établis d'après Rehle et autres (1998). Compte tenu d'un degré élevé d'incertitude concernant les valeurs correctes pour les différents pays, nous admettons aussi une variabilité pour ces paramètres (toujours dans la même proportion). Par conséquent, dans les différentes simulations, les matrices sont multipliées par un facteur compris entre 0,5 et 2.

La série finale des paramètres du modèle concerne les probabilités de transmission du VIH. En ce qui concerne la transmission sexuelle, nous considérons que la probabilité de contamination peut varier en fonction de la présence de trois types de MST (ulcératives, non-ulcératives, ulcératives et non-ulcératives). Ces différentes probabilités sont récapitulées dans le Tableau A.6.

TABLEAU A.5

Nombre moyen de partenaires et d'occurrences de rapports sexuels par an

	Prostituées	Hommes IDU	Femmes IDU	Hommes peu exposés	Femmes peu exposées
Partenaires					
Prostituées	0	5	0	15	0
Hommes IDU	32	0	2	0	1
Femmes IDU	0	2	0	2	0
Hommes peu exposés	0,0932	0	0,0019	0	2
Femmes peu exposées	0	0,0010	0	2	0
Contacts					
Prostituées	0	7	0	7	0
Hommes IDU	7	0	7	0	7
Femmes IDU	0	7	0	7	0
Hommes peu exposés	7	0	7	0	25
Femmes peu exposées	0	7	0	25	0

Note : IDU = utilisateurs de drogue injectable.

Source : d'après Rehle et autres, 1998.

TABLEAU A.6

Probabilités de transmission du sida

	Pas de MST	MST ulcératif	MST non-ulcératif	MST ulcératif et non-ulcératif	Aiguille contaminée
Probabilités de transmission	0,002	0,04	0,02	0,04	0,03

Note : MST = maladie sexuellement transmissible.

Source : d'après Rehle et autres, 1998.

Récapitulatif des résultats des simulations

TABLEAU A.7

Statistiques descriptives pour les variables de sortie : *statu quo*

Pays	Statistique	Perte de VaPIB (2000-2025) (% du PIB actuel)	Taux de croissance moyen du PIB entre 2000 et 2025 (en %)	Variation de la population en 2025 (%)	Prévalence du VIH en (%)	Dépenses de santé en 2015 (% du PIB)
Algérie	Moyenne	41,2	-0,40	-4,1	4,5	1,5
	Écart type	53,0	0,63	4,9	6,4	2,2
	Minimum	2,8	-4,36	-35,0	0,1	0,0
	Maximum	363,9	-0,01	-0,3	45,4	15,4
Djibouti	Moyenne	150,8	-1,34	-16,7	15,9	5,6
	Écart type	114,8	1,43	13,1	16,4	5,8
	Minimum	31,6	-7,02	-69,3	0,6	0,2
	Maximum	609,4	-0,15	-3,6	79,2	28,4
Égypte	Moyenne	51,3	-0,42	-3,8	4,2	1,4
	Écart type	69,3	0,69	4,6	6,1	2,1
	Minimum	2,6	-4,67	-33,8	0,1	0,0
	Maximum	474,3	-0,01	-0,3	44,1	15,1
Iran	Moyenne	38,7	-0,42	-3,8	4,2	1,4
	Écart type	52,1	0,70	4,7	6,0	2,1
	Minimum	2,0	-4,73	-34,1	0,1	0,0
	Maximum	358,1	-0,01	-0,3	43,8	15,0
Jordanie	Moyenne	33,6	-0,35	-3,2	3,7	1,3
	Écart type	46,8	0,59	3,9	5,3	1,8
	Minimum	1,2	-4,08	-27,6	0,1	0,0
	Maximum	324,5	-0,01	-0,2	38,2	13,2
Liban	Moyenne	30,0	-0,45	-4,4	4,6	1,5
	Écart type	38,5	0,72	5,4	6,7	2,2
	Minimum	2,1	-4,87	-39,3	0,1	0,0
	Maximum	265,8	-0,02	-0,4	48,3	15,9
Maroc	Moyenne	39,5	-0,42	-4,0	4,3	1,4
	Écart type	52,0	0,68	4,8	6,1	2,1
	Minimum	2,2	-4,62	-34,3	0,1	0,0
	Maximum	354,5	-0,01	-0,3	43,8	15,0
Tunisie	Moyenne	54,0	-0,44	-4,2	4,4	1,4
	Écart type	70,7	0,71	5,0	6,3	2,1
	Minimum	3,4	-4,78	-36,3	0,1	0,0
	Maximum	479,7	-0,01	-0,3	45,3	14,9
Yémen	Moyenne	36,5	-0,34	-2,9	3,6	1,3
	Écart type	51,3	0,58	3,6	5,3	1,9
	Minimum	1,3	-4,04	-25,7	0,1	0,1
	Maximum	358,5	-0,01	-0,2	38,1	14,1

Note : vaPIB = valeur actuelle du produit intérieur brut.

Source : Calculs des auteurs.

FIGURE A.1

Distribution des pertes de PIB (entre 2000 et 2025) dues à l'épidémie de sida

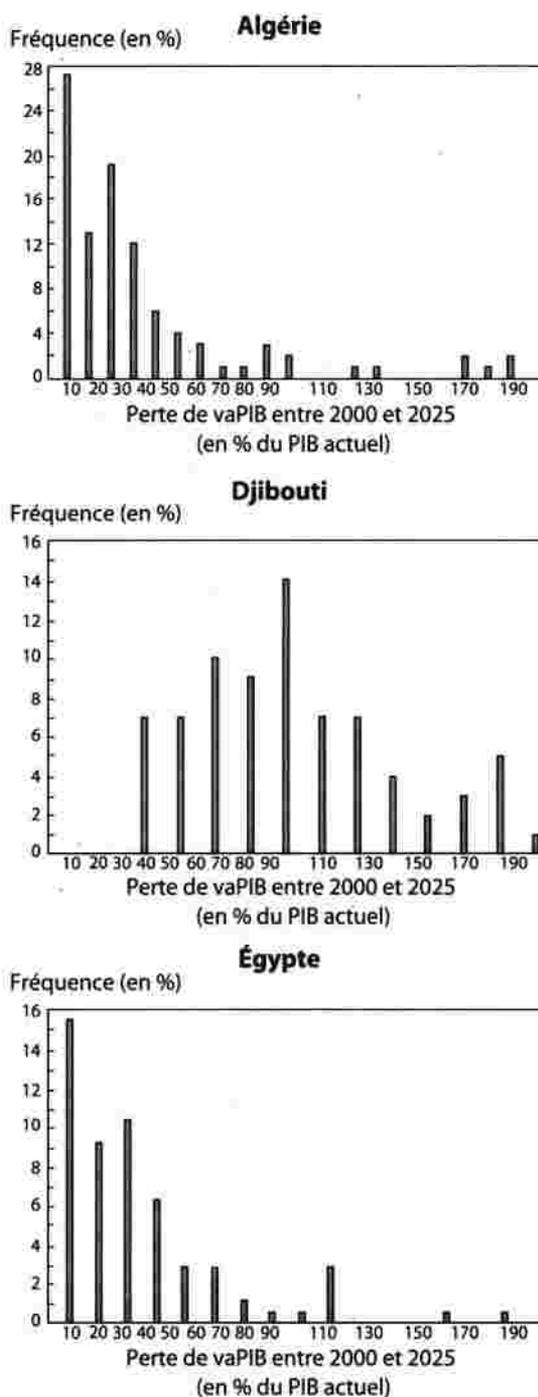


FIGURE A.1 (suite)

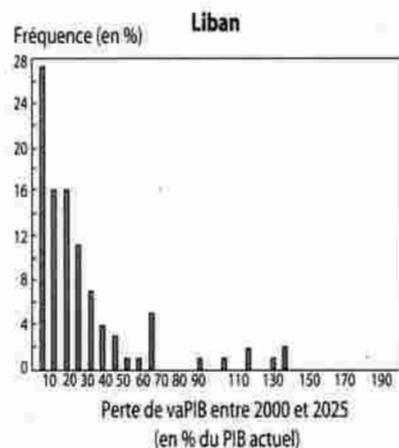
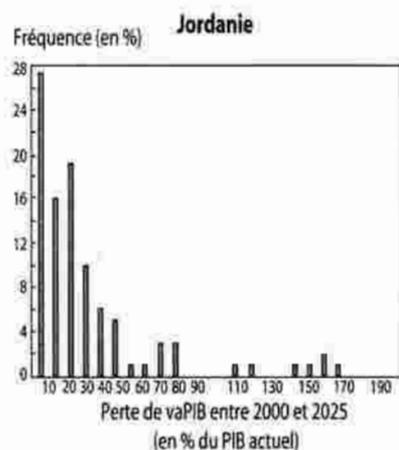
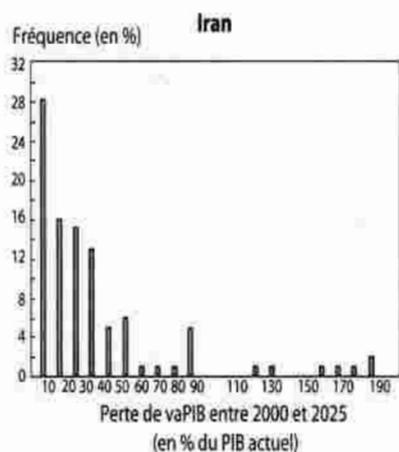


FIGURE A.1 (suite)

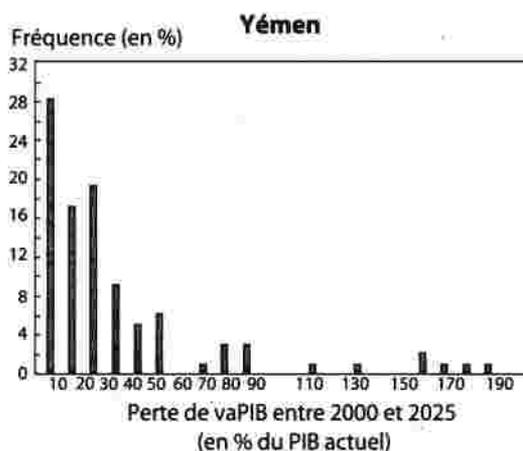
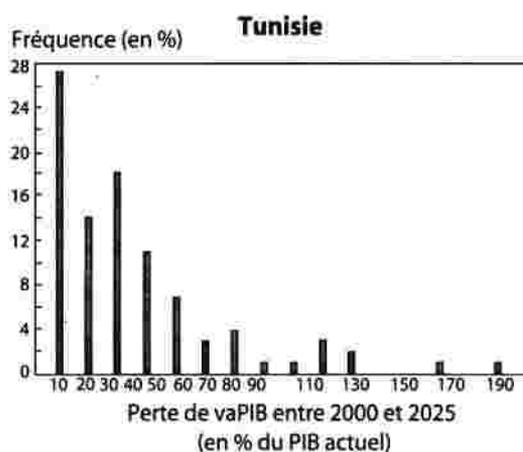
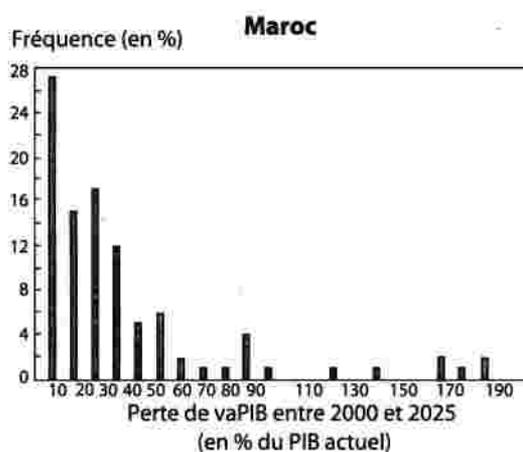


FIGURE A.2

Distribution des réductions du taux de croissance du PIB (2000-2025) dues à l'épidémie de sida

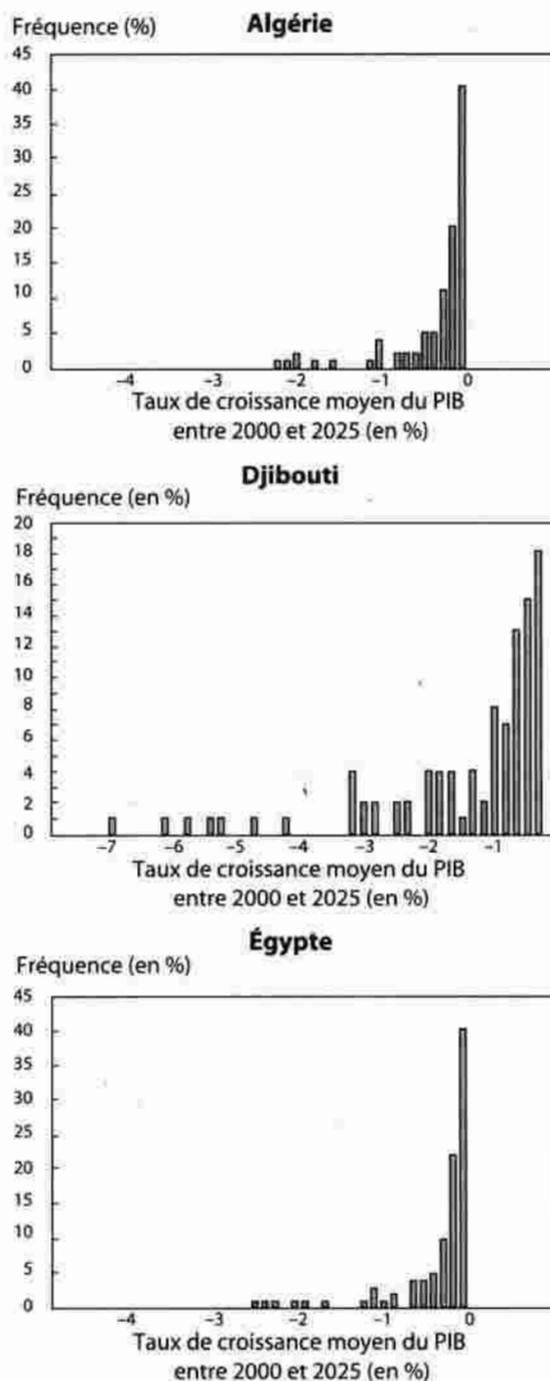


FIGURE A.2 (suite)

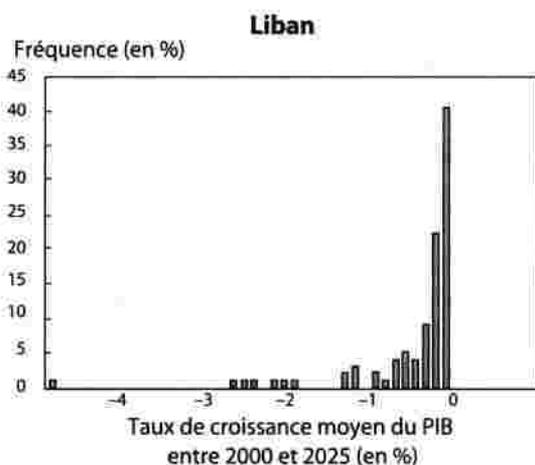
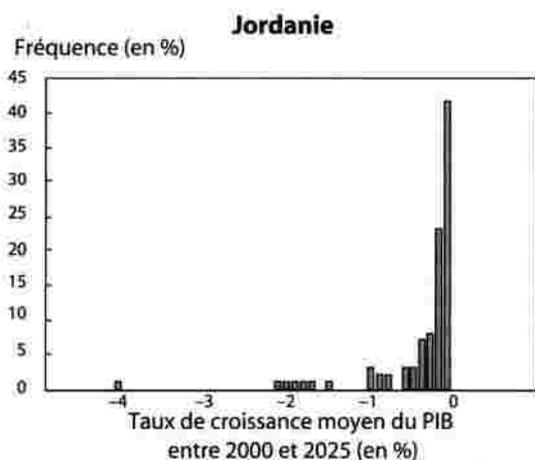
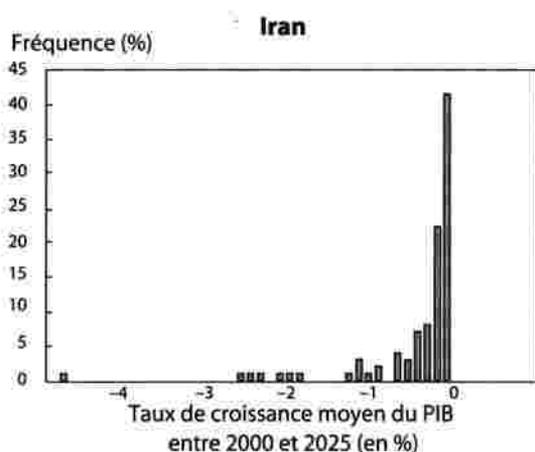


FIGURE A.2 (suite)

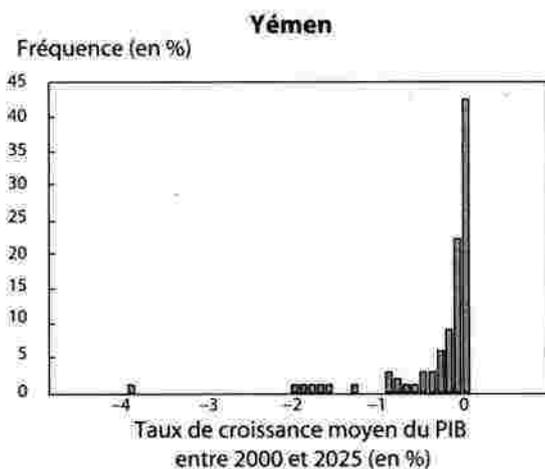
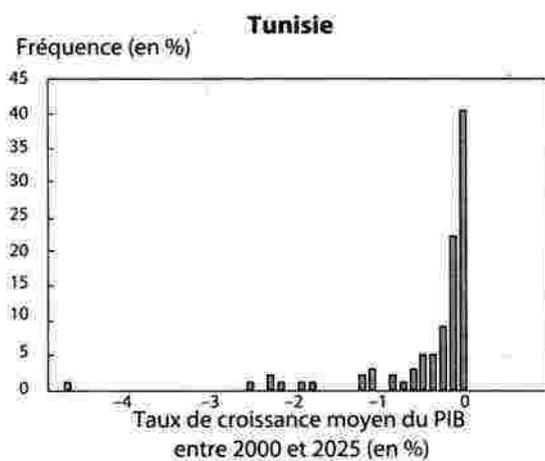
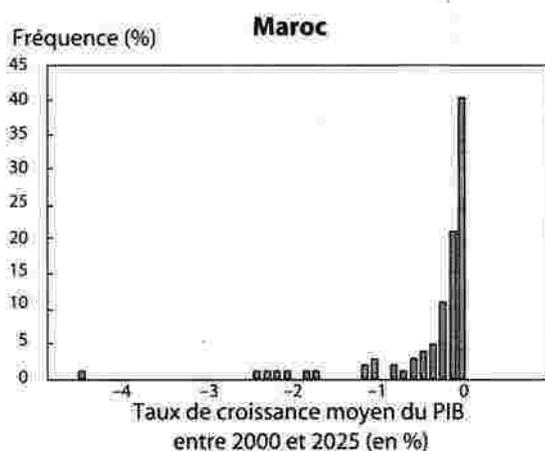


FIGURE A.3

Distribution des réductions d'effectif sur la population active en 2025

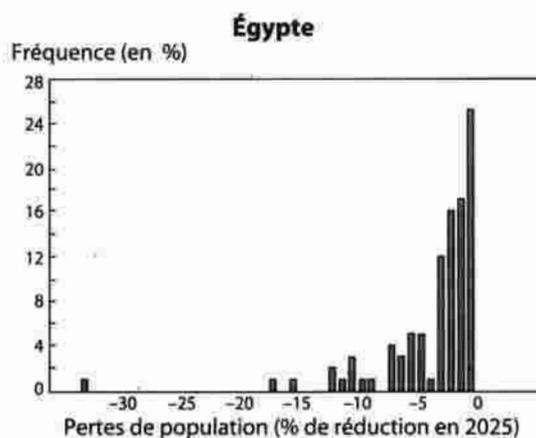
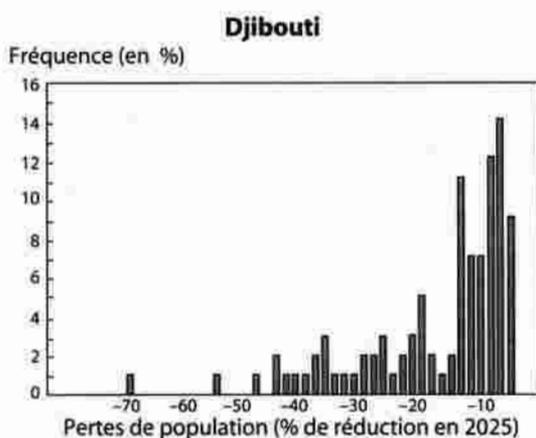
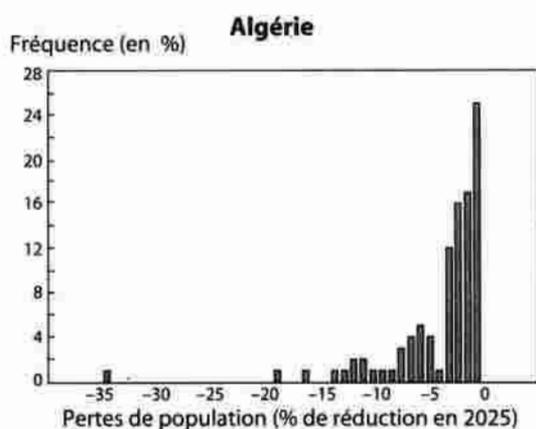


FIGURE A.3 (suite)

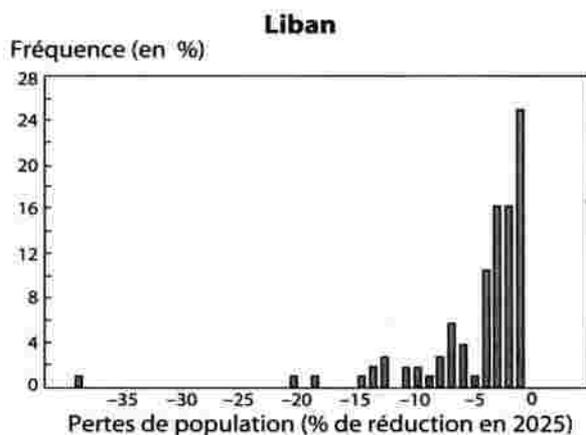
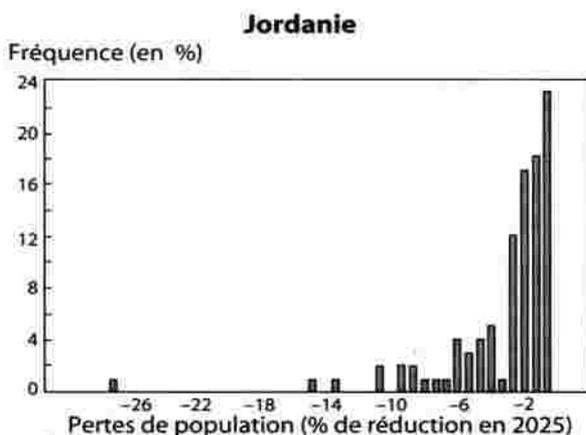
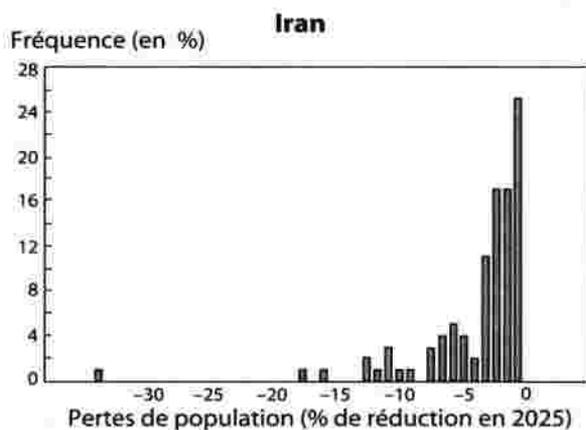


FIGURE A.3 (suite)

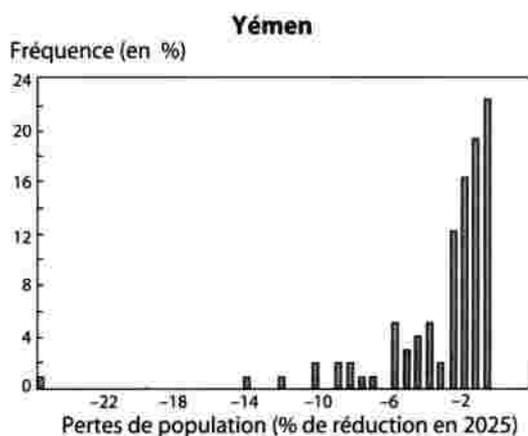
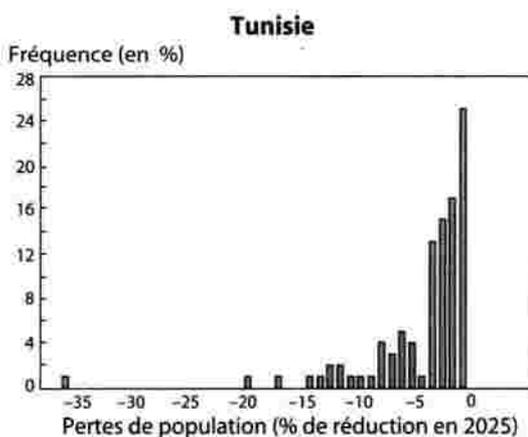
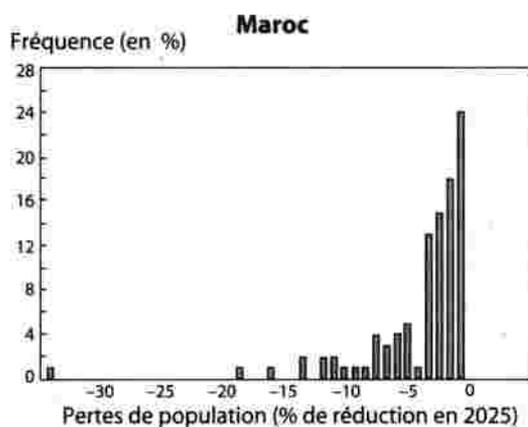


FIGURE A.4

Distribution du niveau de prévalence du sida en 2015

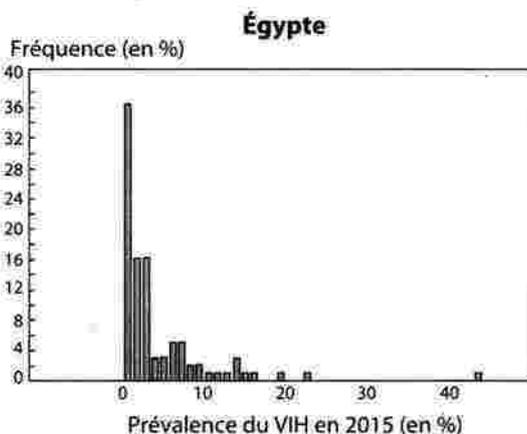
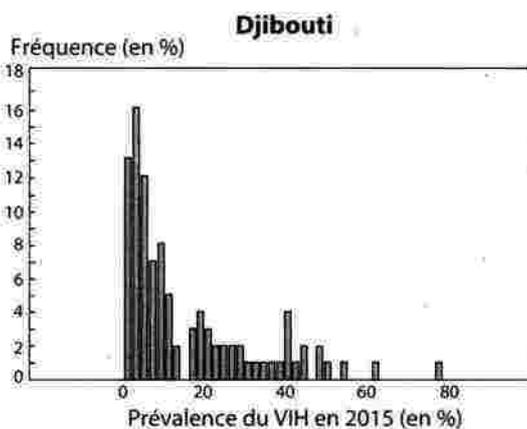
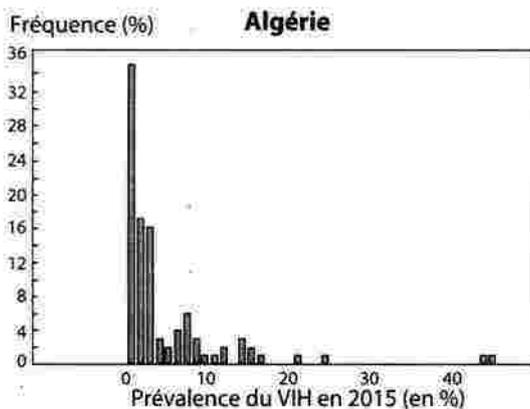


FIGURE A.4 (suite)

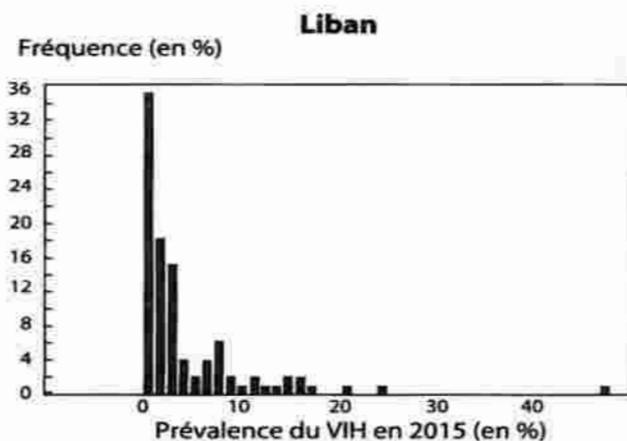
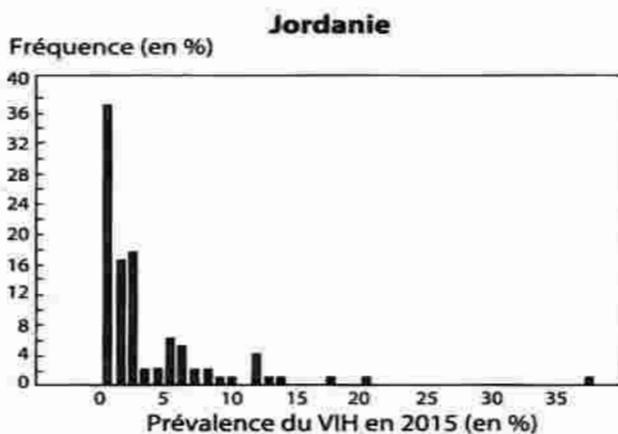
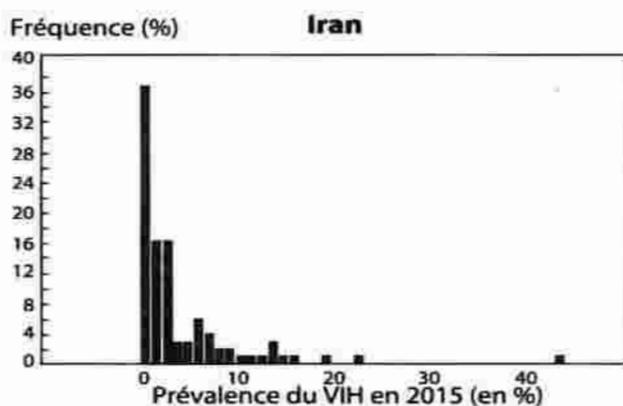


FIGURE A.4 (suite)

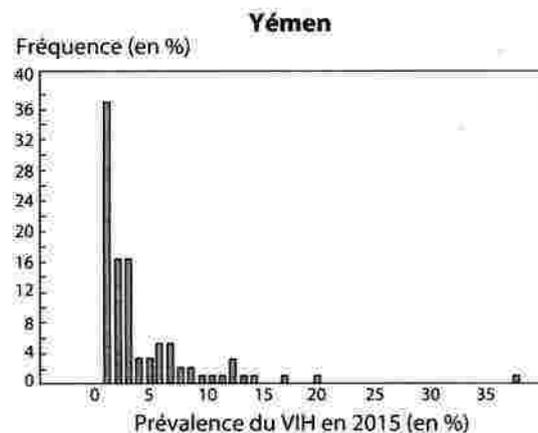
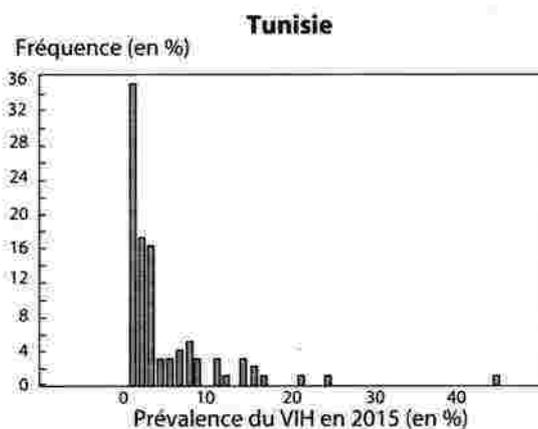
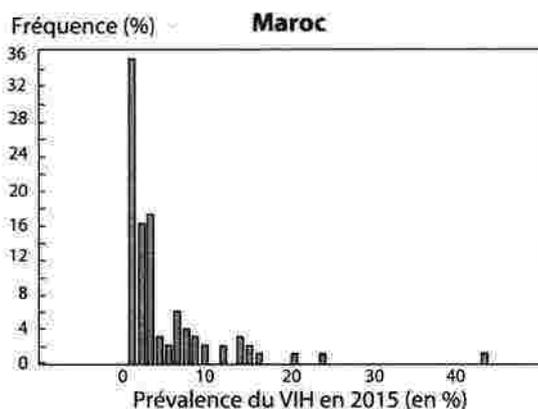


FIGURE A.5

Distribution des dépenses de santé liées au sida en 2015

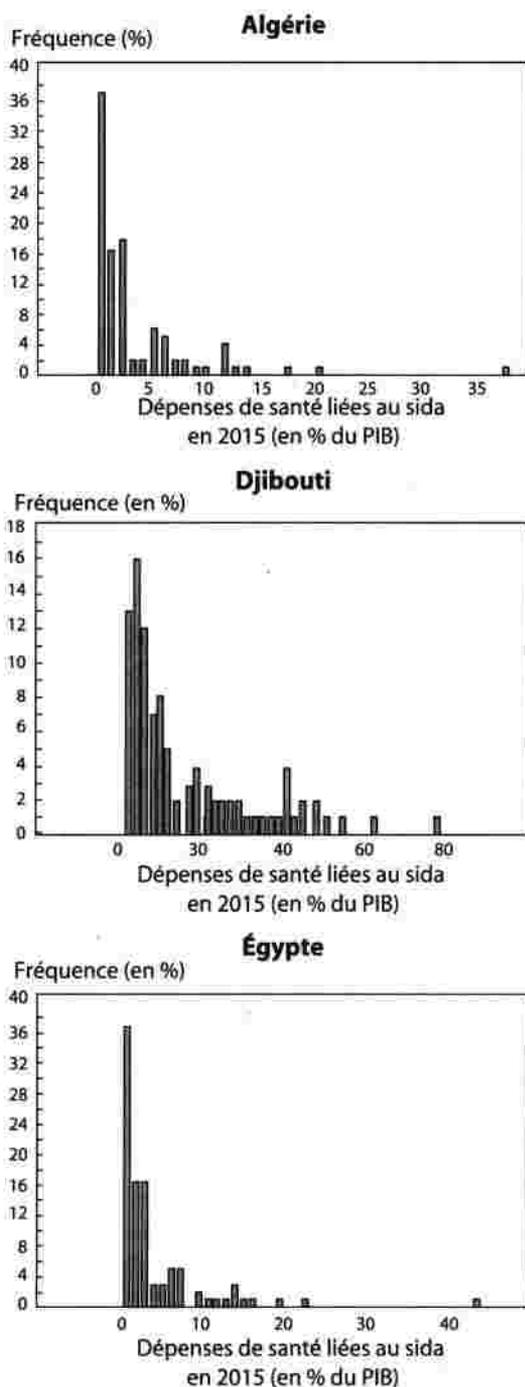


FIGURE A.5 (suite)

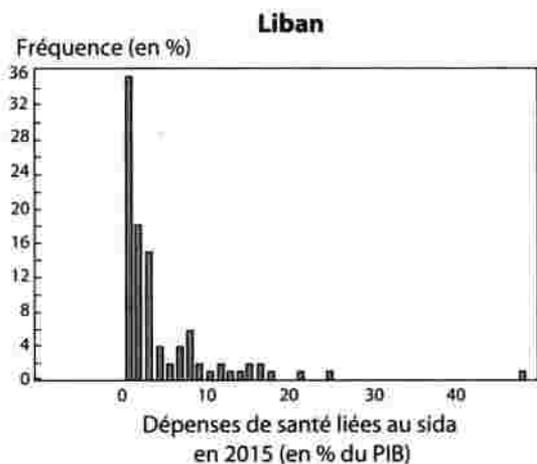
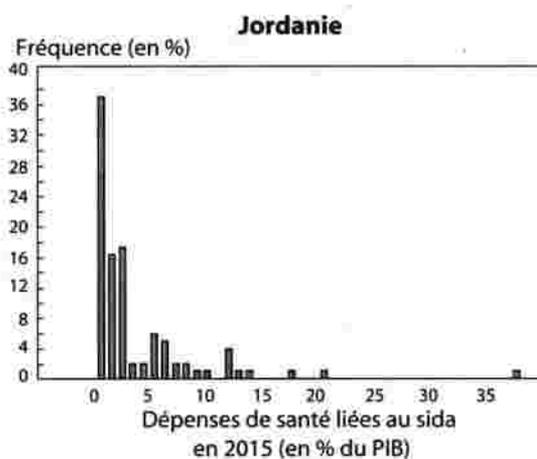
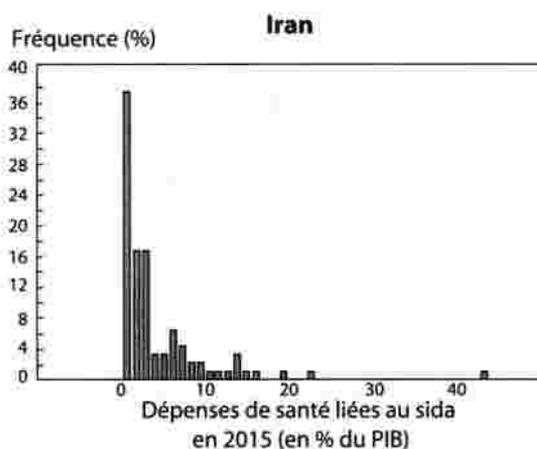
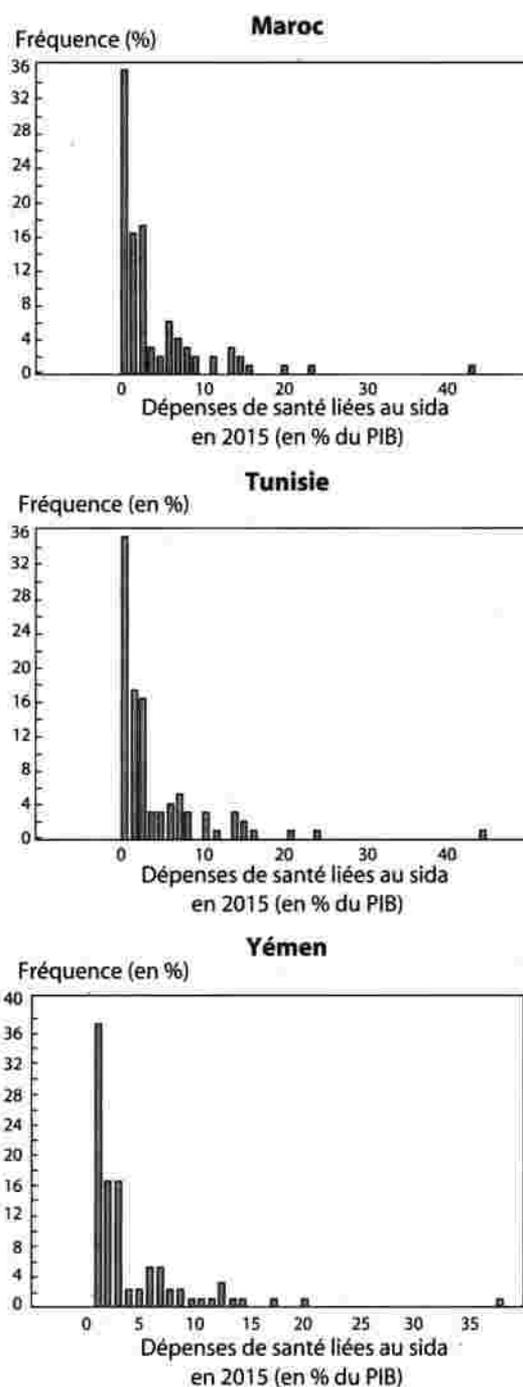


FIGURE A.5 (suite)



Le niveau d'épargne résultant d'un accès généralisé aux préservatifs et de davantage de possibilités pour les IDU de disposer d'aiguilles saines

Nous nous intéressons ici à deux mesures classiques : la distribution de préservatifs et la généralisation de la possibilité pour les IDU de disposer de seringues saines. Comme nous l'avons vu dans l'introduction du présent ouvrage, la transmission du virus par les rapports hétérosexuels et la transmission par le partage des seringues contaminées chez les IDU sont deux des principaux mécanismes susceptibles de favoriser le développement de l'épidémie.

Pour mettre en œuvre ces mesures, nous affectons les paramètres dU (équation 12) et dF (équation 14), qui sont respectivement la réduction de la probabilité de partage d'une seringue et une hausse de la probabilité d'utilisation d'un préservatif. Pour évaluer l'importance de la programmation de la mesure dans le temps, nous considérons aussi deux dates différentes de mise en œuvre. Les coûts totaux de ces mesures sont donnés par :

$$\text{cost}(dF, dU, s) = \sum_{t=s}^T \rho [sex(t).dF.p_c + drugs(t).dU.p_n]$$

où s est la date d'application de la mesure, $sex(.)$ est une fonction donnant le nombre total de rapports sexuels, $drug(.)$ est une fonction donnant le nombre total d'aiguilles utilisées (ces deux fonctions étant définies à partir des équations 12 et 14), et p_c et p_n sont respectivement le coût moyen de distribution d'un préservatif et le coût moyen de distribution d'une seringue.

Les deux mesures simulées dans cet exercice sont présentées au Tableau A.8. Dans les deux cas, la valeur attribuée à dU est 0,20 (cela signifie que la probabilité de partage d'une seringue est diminuée de 20 points de pourcentage) et la valeur attribuée à dF est 0,30 (la probabilité d'utilisation d'un préservatif est augmentée de 30 points de pourcentage). Dans le premier cas, on a $s = 1$ (ce qui signifie que la mesure est appliquée immédiatement), tandis que dans le deuxième cas, on a $s = 5$ (la mesure est appliquée la cinquième année). Dans la mesure où nous préférons sous-estimer les avantages et surestimer les coûts, nous travaillons avec les estimations haut de gamme disponibles. Ainsi, nous supposons que le coût moyen de distribution d'un préservatif est égal à 0,5 \$ US et que le coût moyen de distribution d'une seringue est de 1,5 \$ US (voir Tableau A.9).

TABLEAU A.8

Deux mesures classiques : distribuer des préservatifs et distribuer des seringues

	Mesure A	Mesure B
Accroissement de l'utilisation de préservatifs (dF) (en %)	30	30
Diminution du partage des seringues (dU) (en %)	20	20
Année d'application de la mesure (s)	1	5
Coût moyen d'un préservatif (en \$ US) (p_c)	0,5	0,5
Coût moyen d'une seringue (en \$ US) (p_n)	1,5	1,5

Source : Travaux des auteurs.

TABLEAU A.9

Les coûts unitaires pour la mesure consistant à distribuer des seringues

Variable d'entrée	Coût	Unité
Coût pour une aiguille et une seringue	0,1	l'unité
Loyer du centre d'accueil	165	mois
Frais d'électricité du centre d'accueil	35	mois
Supervision du centre d'accueil	3 000	an
Coût distribution	2	jour

Source : Jenkins, Rahman et autres, 2001.

Nous supposons que tous les coûts sont directement déduits du PIB.⁷ Pour chaque point échantillonné de l'espace paramétré, nous recalculons alors les quatre mêmes variables de sortie correspondant au cas de l'absence de mesure. Les Tableaux A.10 et A.11 récapitulent les résultats.

TABLEAU A.10

Les variables de sortie lorsque des mesures sont appliquées

Pays	Statistique	Perte de VaPIB (2000-2025) (% du PIB actuel)	Taux de croissance moyen du PIB entre 2000 et 2025 (en %)	Variation de la population en 2025 (%)	Prévalence du VIH en (%)	Dépenses de santé en 2015 (% du PIB)
Algérie	Moyenne	19,5	-0,1	-1,4	1,3	0,4
	Écart type	21,1	0,2	1,7	2,0	0,7
	Minimum	2,8	-1,8	-12,4	0,0	0,0
	Maximum	171,3	0,0	0,0	15,3	5,1
Djibouti	Moyenne	93,5	-0,6	-8,4	6,0	2,1
	Écart type	59,7	0,6	6,1	7,3	2,6
	Minimum	31,5	-4,5	-39,8	0,2	0,1
	Maximum	422,9	-0,1	-2,9	45,2	16,0
Égypte	Moyenne	23,2	-0,1	-1,3	1,2	0,4
	Écart type	27,2	0,2	1,6	1,9	0,6
	Minimum	2,5	-2,0	-11,7	0,0	0,0
	Maximum	222,0	0,0	0,1	14,4	4,9
Iran	Moyenne	17,7	-0,1	-1,3	1,1	0,4
	Écart type	20,5	0,2	1,6	1,8	0,6
	Minimum	2,1	-2,0	-11,8	0,0	0,0
	Maximum	167,3	0,0	0,1	14,3	4,8
Jordanie	Moyenne	17,1	-0,1	-1,0	1,0	0,3
	Écart type	18,2	0,2	1,3	1,6	0,5
	Minimum	2,4	-1,7	-9,3	0,0	0,0
	Maximum	147,1	0,0	0,0	12,1	4,1
Liban	Moyenne	12,4	-0,1	-1,5	1,2	0,4
	Écart type	15,1	0,2	1,8	2,1	0,7
	Minimum	1,3	-2,1	-13,9	0,0	0,0
	Maximum	123,8	0,0	0,1	16,3	5,3
Maroc	Moyenne	18,5	-0,1	-1,3	1,2	0,4
	Écart type	20,6	0,2	1,6	1,8	0,6
	Minimum	2,3	-1,9	-11,8	0,0	0,0
	Maximum	165,4	0,0	0,1	14,2	4,8
Tunisie	Moyenne	21,0	-0,1	-1,4	1,2	0,4
	Écart type	26,9	0,2	1,7	1,9	0,6
	Minimum	1,9	-2,0	-12,6	0,0	0,0
	Maximum	217,8	0,0	0,1	14,8	4,8
Yémen	Moyenne	37,7	-0,1	-1,0	1,1	0,4
	Écart type	25,9	0,2	1,2	1,6	0,6
	Minimum	6,6	-1,8	-8,9	0,0	0,0
	Maximum	208,1	0,0	0,0	12,3	4,5

Note : PIB = produit intérieur brut ; vaPIB = valeur actuelle du produit intérieur brut.

Source : Calculs des auteurs.

TABLEAU A.11

Les variables de sortie lorsque des mesures sont retardées de 5 ans

Pays	Statistique	Perte de VaPIB (2000-2025) (% du PIB actuel)	Taux de croissance moyen du PIB entre 2000 et 2025 (en %)	Variation de la population en 2025 (%)	Prévalence du VIH en (%)	Dépenses de santé en 2015 (% du PIB)
Algérie	Moyenne	28,6	-0,2	-2,4	2,1	0,7
	Écart type	30,3	0,3	2,6	3,1	1,1
	Minimum	4,0	-2,5	-19,3	0,0	0,0
	Maximum	236,4	0,0	-0,1	23,3	7,9
Djibouti	Moyenne	120,6	-0,8	-11,7	8,8	3,1
	Écart type	81,8	0,8	8,7	10,2	3,6
	Minimum	33,0	-5,4	-52,4	0,3	0,1
	Maximum	524,7	-0,1	-3,3	57,9	20,6
Égypte	Moyenne	34,5	-0,2	-2,2	2,0	0,7
	Écart type	38,7	0,3	2,5	3,0	1,0
	Minimum	4,2	-2,7	-18,4	0,1	0,0
	Maximum	305,6	0,0	-0,1	22,3	7,6
Iran	Moyenne	26,3	-0,2	-2,2	2,0	0,7
	Écart type	29,3	0,3	2,5	2,9	1,0
	Minimum	3,2	-2,7	-18,5	0,0	0,0
	Maximum	231,0	0,0	-0,1	22,1	7,5
Jordanie	Moyenne	24,3	-0,2	-1,8	1,7	0,6
	Écart type	26,0	0,3	2,1	2,5	0,9
	Minimum	2,8	-2,2	-14,6	0,0	0,0
	Maximum	202,3	0,0	0,0	18,6	6,4
Liban	Moyenne	19,5	-0,2	-2,6	2,2	0,7
	Écart type	21,9	0,3	2,9	3,3	1,1
	Minimum	2,5	-2,9	-21,8	0,1	0,0
	Maximum	173,3	0,0	-0,1	25,1	8,2
Maroc	Moyenne	27,5	-0,2	-2,3	2,0	0,7
	Écart type	29,5	0,3	2,6	3,0	1,0
	Minimum	3,6	-2,6	-18,6	0,0	0,0
	Maximum	229,1	0,0	0,0	22,1	7,5
Tunisie	Moyenne	33,2	-0,2	-2,4	2,1	0,7
	Écart type	38,9	0,3	2,7	3,1	1,0
	Minimum	4,0	-2,7	-19,7	0,0	0,0
	Maximum	303,7	0,0	-0,1	23,0	7,5
Yémen	Moyenne	44,9	-0,2	-1,7	1,7	0,6
	Écart type	34,6	0,3	1,9	2,5	0,9
	Minimum	6,9	-2,3	-13,8	0,0	0,0
	Maximum	267,2	0,0	-0,1	18,7	6,9

Note : PIB = produit intérieur brut ; vaPIB = valeur actuelle du produit intérieur brut.

Source : Calculs des auteurs.

Notes

1. Des recherches ont montré qu'au sein des populations pauvres, au-delà des impacts psychologiques, le décès d'un parent allait de pair avec une dégradation de la nutrition et avec une baisse des taux de scolarisation (Ainsworth et Koda, 1993).

2. L'hypothèse implicite est que la consommation des services de santé pour le traitement des malades du sida est comprise dans la consommation globale.

3. À noter que tant que $t < 1$, $dU/dN = (1 + t)N^t C^t + N^1 + tC^t - 1$, $dC/dN > 0$, aussi une diminution de N par suite du sida implique une perte de bien-être.

4. Il a été estimé que dans le monde, sur quatre nouveaux cas de contamination, trois proviennent des rapports sexuels. L'échange de seringues entre les toxicomanes est la deuxième cause de transmission dans le monde et la première cause en Chine et en Extrême-Orient (à l'exception de la Thaïlande). En ce qui concerne l'Argentine et le Brésil, les échanges de seringues expliquent 25 à 35 % de l'ensemble des nouveaux cas de contamination.

5. En ce qui concerne la Thaïlande, les estimations indiquent que la probabilité de transmission du virus d'une femme à un homme serait plutôt de l'ordre de 3 à 6 %. Il importe aussi de remarquer que la probabilité de transmission est plus forte au cours des premières semaines de l'infection, et qu'elle dépend aussi du type de virus. Le VIH-1 se transmet plus facilement que le VIH-2.

6. Malgré sa formulation simple, il a été montré qu'AVERT produisait des prévisions raisonnables des contaminations évitées grâce à des mesures comme la généralisation de l'utilisation du préservatif ou la réduction de la prévalence des MST.

7. Ce n'est pas nécessairement le cas au niveau macroéconomique, la production et la distribution de préservatifs et de seringues pouvant aussi contribuer au PIB. Une approche plus réaliste, mais moins prudente, aurait consisté à étudier les effets de distorsion de la ré-allocation des ressources à la (production et/ou à l'importation et à la) distribution d'aiguilles et de préservatifs.

Références

Le mot *polycopié* désigne des documents reproduits de manière informelle, qui peuvent ne pas être disponibles dans les bibliothèques.

Abdelmajid, Ben Hmida. 1999. « Chapitre 1. Situation épidémiologique des maladies sexuellement transmissibles. » Les 7^{es} JNSP/DSSB/99. Department of Preventive Medicine, Faculty of Medicine, Tunis. Processed.

Abid, M., C. C. Luo, S. Sekkat, N. De Latore, H. Mansour, D. Holloman-Candal, M. Rayfield, and A. Benslimane. 1998. "Characterization of the V3 Region of HIV Type 1 Isolates from Morocco." *AIDS Res Hum Retroviruses* 14(15):1387–89.

Aghanashinikar, P. N., S. H. al-Dhahry, H. A. al-Marhuby, M. R. Buhl, A. S. Daar, and M. K. Al-Hasani. 1992. "Prevalence of Hepatitis B, Hepatitis Delta, and Human Immunodeficiency Virus Infections in Omani Patients with Renal Diseases." *Transplant Proc* 24(5):1913–14.

Ainsworth, M., and G. Koda. 1993. "The Impact of Adult Deaths from AIDS and Other Causes on School Enrollment in Tanzania." Paper presented at the annual meeting of the Population Association of America, Cincinnati, Ohio, April 1–3, 1993.

Ainsworth, M., and M. Over. 1994. "AIDS and African Development." *World Bank Researcher Observer* 9(2):203–40.

Al-Haddad, M. K., B. Z. Baig, and R. A. Ebrahim. 1997. "Epidemiology of HIV and AIDS in Bahrain." *J Commun Dis* 29(4):321–28.

Al-Haddad, M. K., A. S. Khashaba, B. Z. Baig, and S. Khalfan. 1994. "HIV Antibodies among Intravenous Drug Users in Bahrain." *J Commun Dis* 26(3):127–32.

- Ali, K. A. 1996. "Notes on Rethinking Masculinities: An Egyptian Case." In S. Zeidenstein and K. Moore, eds., *Learning about Sexuality*, pp. 98–109. New York: Population Council and Women's Health Coalition.
- Al-Jowder, Somaya. 2001. "Bahrain Report." Prepared for the World Health Organization 11th Inter-country Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- Al-Mahroos, F. T., and A. Ebrahim. 1995. "Prevalence of Hepatitis B, Hepatitis C, and Human Immune Deficiency Virus Markers among Patients with Hereditary Haemolytic Anaemias." *Ann Trop Paediatr* 15(2):121–28.
- Al Mulla, K. M. A., R. N. H. Pugh, M. M. Hossain, and R. H. Behrens. 1996. "Travel-Related AIDS Awareness among Young Gulf Arab Men." *J Travel Med* 3(4):224–26.
- Al-Nozha, M. M., A. R. al-Frayh, M. al-Nasser, and S. Ramia. 1995. "Horizontal versus Vertical Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 (HIV-1): Experience from Southwestern Saudi Arabia." *Trop Geogr Med* 47(6):293–95.
- Al-Owaish, R. A., S. Anwar, P. Sharma, and S. F. Shah. 2000. "HIV/AIDS Prevalence among Male Patients in Kuwait." *Saudi Med J* 21(9):852–59.
- Al-Owaish, R., M. A. Moussa, S. Anwar, H. al-Shoumer, and P. Sharma. 1999. "Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices about HIV/AIDS in Kuwait." *AIDS Educ Prev* 11(2):163–73.
- Al-Qadhi, Hatem. 2001. "A Silent Threat in Yemen: Confronting HIV/AIDS Choices." United Nations Development Programme.
- Al-Qutob, Raeda, Saleh Mawajdeh, Laila Nawar, Slama Saidi, and Firas Raad. 1998. "Assessing the Quality of Reproductive Health Services." Policy Series in Reproductive Health No. 5. Population Council, Cairo.
- Al-Sheikh, I. H., A. Rahi, and M. al-Khalifa. 1999. "Mutant Chemokine Receptor (CCR-5) and Its Relevance to HIV Infection in Arabs." *Emerg Infect Dis* 5(1):183–85.
- Althaus, Frances. 1997. Special Report. "Female Circumcision: Rite of Passage or Violation of Rights?" *International Family Planning Perspectives* 23(3).

- Amini, S., M. F. Mahmoodi, S. Andalibi, and A. A. Solati. 1993. "Seroepidemiology of Hepatitis B, Delta, and Human Immunodeficiency Virus Infections in Hamadan Province, Iran: A Population-Based Study." *J Trop Med Hyg* 96(5):277-87.
- Amnesty International. 2001a. "Egypt 2000, POL 10/001/201." (Web).
- . 2001b. "Middle East and North Africa Regional Update." (Web).
- Anderson, J. W. 2001. "Iran's Cultural Backlash, Public Floggings Take Aim at Western Reforms." *Washington Post* Foreign Service, Thursday, August 16, 2001, p. A1.
- Anderson, R. 1996. "The Spread of HIV and Sexual Mixing Patterns." In Jonathan Mann and Daniel Tarantola, eds., *AIDS in the World II: Global Dimensions, Social Roots, and Responses. The Global AIDS Policy Coalition*. New York: Oxford University Press.
- Aqaie, Faramarz Seyyed. 2001. "The Drug War: All Are in Charge, No One Is Responsible." *Iran Daily* (Tehran), July 26, p. 5, and July 28, p. 5.
- Arbesser, C., H. Bashiribod, and W. Sixl. 1987. "Serological Examinations of HIV-I in Iran." *J Hyg Epidemiol Microbiol Immunol* 31 (Suppl 4):504-05.
- As'ad, A., and R. Al-Azzeh. 2001. "Jordan Country Report." Prepared for the WHO 11th Intercountry Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- Attia, M. A. 1998. "Prevalence of Hepatitis B and C in Egypt and Africa." *Antiviral Therapy* 3(Suppl 3):1-9.
- Bakir, T. M., K. M. Kurbaan, I. al Fawaz, and S. Ramia. 1995. "Infection with Hepatitis Viruses (B and C) and Human Retroviruses (HTLV-1 and HIV) in Saudi Children Receiving Cycled Cancer Chemotherapy." *J Trop Pediatr* 41(4):206-09.
- Ba-Omer, A. A. 2001. "HIV/AIDS/STD Situation and Management in Oman." Presentation prepared for the WHO 11th Intercountry Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- . 2002. "Reported AIDS Cases-Oman." Sultanate of Oman.
- BBC. 2001. "Call for Iranian Anti-AIDS Campaign." Sunday, July 29, 2001.

- Beegle, Kathleen. 1996. "The Impact of Prime-Age Adult Mortality on Labor Supply." Michigan State University, East Lansing. Processed.
- Bell, C., S. Devarajan, and H. Gersbach. 2003. "The Economic Impact of Health Shocks on Growth." World Bank. Processed.
- Benjelloun, S., B. Bahbouhi, S. Sekkat, A. Bennani, N. Hda, and A. Benslimane. 1996. "Anti-HCV Seroprevalence and Risk Factors of Hepatitis C Virus Infection in Moroccan Population Groups." *Res Virol* 147(4):247-55.
- Ben Said, Amel. 2001a. « Point sur la situation épidémiologique de l'infection à VIH/SIDA en Tunisie. » Processed.
- . 2001b. "National AIDS and STDs Program in Tunisia." Presentation prepared for the WHO 11th Intercountry Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- Ben Yahia, C. 2000. « Programme Jeunes et Santé de la Reproduction. » Office National de la Famille et de la Population. Processed.
- Bernvil, S. S., K. Sheth, M. Ellis, H. Harfi, M. Halim, A. Kariem, and V. Andrews. 1991. "HIV Antibody Screening in a Saudi Arabian Blood Donor Population: 5 Years' Experience." *Vox Sang* 61(1):71-73.
- Biggs, T., and M. Shah. 1996. "The Impact of the AIDS Epidemic on African Firms." Background Paper. World Bank, Washington, D.C.
- Bint Talal, B. 1996. "Arab Women and the Labor Market." *World of Work* (16):24-25.
- Blanchet, T. 2002. "Beyond Borders." United States Agency for International Development, Dhaka.
- Bloom, D., and A. Mahal. 1995. "Does the AIDS Epidemic Really Threaten Economic Growth?" Working Paper No. 5148. National Bureau of Economic Research, Cambridge, Mass.
- Bollinger, L., J. Stover, and D. Nalo. 1999. "The Economic Impact of AIDS in Kenya." The Futures Group International, Glastonbury, Conn. Processed.
- Bonnell, René. 2000. "HIV/AIDS: Does It Increase or Decrease Growth?" *South African Journal of Economics*.

- Bouakaz, R. 1998. « Ministère de la Santé et de la Population, Direction de la Prévention, Institut National de Santé Publique. » Santé Sud. Processed.
- . 2000. « Migration et SIDA au Sud Algérien: Cas de Tamanrasset. » La Wilaye de Tamanrasset. Processed.
- Boudghene-Stambouli, O., A. Merad-Boudia, and A. Aissa-Mamoun. 1992. "The Reappearance of Chancroid in Algeria." *Bull Soc Pathol Exot* 85(4):276–78.
- Bourqia, R. 1992. "The Woman's Body: Strategy of Illness and Fertility in Morocco." In Ismail Sirageldin and Robb Davis, eds., *Towards More Efficacy in Women's Health and Child Survival Strategies: Combining Knowledge for Practical Solutions*. Report of the Johns Hopkins University–Ford Foundation Regional Workshop, Cairo, Egypt, December 2–4, 1990; Baltimore, Md., Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, Department of Population Dynamics, pp. 131–144.
- Boushaba, A., and H. Hammich. 2000. "Outreach-Based Prevention in Morocco among Men Involved in Sex Work. HIV and AIDS in Africa." *Infotbek*, pp. 1–3. *UNAIDS Best Practice Digest* (Web).
- Boushaba, A., O. Tawil, L. Imane, and H. Himmich. 1999. "Marginalization and Vulnerability: Male Sex Work in Morocco." In Peter Aggleton, ed., *Men Who Sell Sex. International Perspectives on Male Sex work and AIDS*, pp. 263–74. London: UCL Press.
- Brunger, W. 1996. "Country Watch: Comoros and Morocco." *AIDS/STD Health Promotion Exchange* 4:8–9.
- Cacoub, P., V. V. Ohayon, S. Sekkat, B. Dumont, A. Sbai, F. Lunel, A. Benslimane, P. Go-deau, and M. I. Archane. 2000. "Epidemiologic and Virologic Study of Hepatitis C Virus Infection in Morocco." *Gastroenterol Clin Biol* 24(2 bis):169–73.
- Carr, J. K., M. O. Salminen, J. Albert, E. Sanders-Buell, D. Gotte, D. L. Birx, and F. E. McCutchan. 1998. "Full Genome Sequences of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Subtypes G and A/G Inter-Subtype Recombinants." *Virology* 247(1):22–31.
- Center for Health Research, University of Indonesia. 2000. *Results of the 1996–1999 Behavioral Surveillance Surveys in Jakarta, Surabaya, and Manado*. Center for Health Research, University of Indonesia.
- Central Intelligence Agency (USA). 2000. "World Fact Book. Egypt." (Web).

- Central Statistical Organization (CSO) [Yemen] and Macro International Inc. 1998. *Yemen Demographic and Maternal and Child Health Survey, 1997*. Calverton, Md.
- Chelala, Cesar. 1998. "Egypt, Other Middle East Countries See Earliest Stage of AIDS Epidemic." *Al Jadid* 4(23).
- Cohen, S., and M. Burger. 2000. "Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health." Technical Paper No. 3. United Nations Population Fund, New York.
- Colley, D. G. 1996. "Ancient Egypt and Today: Enough Scourges to Go Around." *Emerg Infect Dis* 2(4):362-63.
- Constantine, N. T., E. Fox, E. A. Abbatte, and J. N. Woody. 1989. "Diagnostic Usefulness of Five Screening Assays for HIV in an East African City Where Prevalence of Infection is Low." *AIDS* 3(5):313-17.
- Constantine, N. T., E. Fox, G. Rodier, and E. A. Abbatte. 1992. "Monitoring for HIV-1, HIV-2, HTLV-I Sero-Progression and Sero-Conversion in a Population at Risk in East Africa." *J Egypt Public Health Assoc* 67(5-6):535-47.
- Constantine, N. T., M. F. Sheba, E. Fox, J. N. Woody, and E. A. Abbatte. 1990a. "Serological Evidence for Human Immunodeficiency Virus Type 2 in East Africa." *Int J STD AIDS* 1(1):53-54.
- Constantine, N. T., M. F. Sheba, D. M. Watts, Z. Farid, and M. Kamal. 1990b. "HIV Infection in Egypt: A Two and a Half Year Surveillance." *J Trop Med Hyg* 93(2):146-50.
- Courbage, Y. 1994. "Fertility Transitions in the Mashreq and in the Maghreb: Education, Emigration, and the Diffusion of Ideas." Paper presented at the Population Council Symposium on Family, Gender, and Population Policy: International Debates and Middle Eastern Realities, Cairo, Egypt, February 7-9, 1994. (Popline).
- Couzineau, B., J. Bouloumie, P. Hovette, and R. Laroche. 1991. "Prevalence of Infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) in a Target Population in the Republic of Djibouti." *Med Trop (Mars)* 51(4):485-86.
- Cuddington, J. 1993. "Modeling the Macroeconomic Effects of AIDS, with an Application to Tanzania." *World Bank Economic Review* 7(2):173-89.

- Cyrillo, D., L. Paulani, and B. Aguirre. 2001. "Direct Costs of AIDS Treatments in Brazil: A Methodological Comparison." Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Home Page. Processed.
- Daar, A. S. 1991. "Organ Donation—World Experience; the Middle East." *Transplant Proc* 23(5):2505–07.
- Dareini, Ali Akbar. 2001. "Iran Confronts Its Sex Industry." Mashhad, Iran, Associated Press, August 13, 2001.
- Davis, H. P. 1992. *Unmarried Women and Changing Conceptions of the Self in Sidi Slimane, Morocco*. Ann Arbor, Mich.: University Microfilms International, 1992. Order No. 9306764.
- Davis, Susan S., and D. Davis. 1989. *Adolescence in a Moroccan Town: Making Social Sense*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.
- Department of Statistics (DOS) [Jordan] and Macro International Inc. 1998. *Jordan Population and Family Health Survey, 1997*. Calverton, Md.
- Dollar, D., and A. Kraay. 2001. "Growth Is Good for the Poor." Development Research Group. World Bank.
- East West Record*. 2001. "Kuwait Wages War on Drugs." June 22, 2001.
- Egyptian National AIDS Program. 2001. "HIV/AIDS Surveillance in Egypt." Presentation prepared for the WHO 11th Intercountry Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- El Deeb, Sarah. 2001. "Egyptian Men Sentenced for Gay Sex." Associated Press, November 14, 2001.
- El Din, Hassan. 2001. "Egypt Human Rights Report." In *UNDP Human Development Report*. Oxford University Press. (Web).
- El-Gawhary, K. 1995. "Sex Tourism in Cairo." *Middle East Report* (September-October).
- . 1998. "Breaking a Social Taboo: AIDS Hotline in Cairo." *Middle East Report* (Spring). Available at <http://www.merip.org/mer/mer206/hotline.htm>.

- Elharti, E., R. Elaouad, S. Amzazi, H. Himmich, Z. Elhachimi, C. Apetrei, J. C. Gluckman, F. Simon, and A. Benjouad. 1997. "HIV-1 Diversity in Morocco." *AIDS* 11(14):1781-83.
- El-Hazmi, M. A., and S. Ramia. 1989. "Frequencies of Hepatitis B, Delta, and Human Immune Deficiency Virus Markers in Multitransfused Saudi Patients with Thalassaemia and Sickle-Cell Disease." *J Trop Med Hyg* 92(1):1-5.
- Ellis, Randall, Moneer Alam, and Indrani Gupta. 1997. "Health Insurance in India: Prognosis and Prospectus." Boston University, Boston, Mass. Processed.
- El Nakib, Mostafa. 2001. "HIV/AIDS Lebanon Country Report." Prepared for the WHO 11th Intercountry Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- El-Sayed, N. 2002. Egypt Ministry of Health and Population, National AIDS Control Program. PowerPoint presentation entitled "First Consultation of the Regional Advisory Panel on the Impact of Drug Abuse" (RAPID) at the WHO/EMRO meeting held September 23-26, 2002, Cairo.
- El-Sayed, N., A. Darwish, M. El-Geneidy, and M. Mehrez. 1994. "Knowledge, Attitude, and Practice of Homosexuals Regarding HIV in Egypt." National AIDS Program, Ministry of Health and Population, Egypt. Processed.
- El-Sayed, N., P. Gomas, C. Beck-Sagué, U. Dietrich, H. von Briesen, S. Osmanov, J. Esparza, R. Arthur, M. Wahdan, and W. Jarvis. 2000. "Epidemic Transmission of Human Immunodeficiency Virus in Renal Dialysis Centers in Egypt." *J Infect Dis* 181:91-97.
- El-Sayed, N. M., P. J. Gomas, G. R. Rodier, T. F. Wierzbza, A. Darwish, S. Khashaba, and R. R. Arthur. 1996. "Seroprevalence Survey of Egyptian Tourism Workers for Hepatitis B Virus, Hepatitis C Virus, Human Immunodeficiency Virus, and *Treponema Pallidum* Infections: Association of Hepatitis C Virus Infections with Specific Regions of Egypt." *Am J Trop Med Hyg* 55(2):179-84.
- El-Tawila, Sahar. 2000. "Youth in the Population Agenda: Concepts and Methodologies." West Asia and North Africa Meawards Regional Papers No. 44. Population Council, Cairo.
- Eltigani, E. 2000. "Changes in Family-Building Patterns in Egypt and Morocco: A Comparative Analysis." *International Family Planning Perspectives* 26(2):73-78.

- El-Zanaty, Fatma, and Ann Way. 2001. *Egypt Demographic and Health Survey 2000*. Calverton, Md.: Ministry of Health and Population [Egypt], National Population Council, and ORC Macro.
- EMRO. n.d. "Table of Recorded AIDS Cases for Region, 1987–2002." (personal communication).
- Essghairi, Rym. 2000. "IPPF Arab World Region. HIV/AIDS in the Arab World." Presentation made at the IPPF HIV/AIDS Working Group Meeting, London, December 2000. Processed.
- Etchepare, M. 2001. Programme National de Lutte contre le SIDA et les MST Draft report. World Bank Mission for Health Project Strategy Development, Djibouti.
- . 2002. « Enquête nationale séroprévalence VIH en République de Djibouti. » Processed.
- Fam, M. 2001. "Egypt Party Raids Put Focus on Gays." Associated Press, July 16, 2001.
- Family Health International. 1998–2000. "Evaluation of Selected Reproductive Health Infections in Various Egyptian Population Groups in Greater Cairo." FHI/MOHP/USAID.
- . 2001a. "What Drives HIV in Asia? A Summary of Trends in Sexual and Drug-Taking Behaviors." FHI/DFID/IMPACT.
- . 2001b. "Effective Prevention Strategies in Low HIV Prevalence Settings. UNAIDS Best Practice Key Materials." FHI/IMPACT/ USAID.
- . 2001c. "HIV/AIDS/STI Prevention Program Support Strategy for Jordan." Processed.
- Farghaly, A. G., and M. M. Kamal. 1991. "Study of the Opinion and Level of Knowledge about the AIDS Problem among Secondary School Students and Teachers in Alexandria." *J Egypt Public Health Assoc* 66(1–2):209–25.
- Faris, R., and A. Shouman. 1994. "Study of the Knowledge, Attitude of Egyptian Health Care Workers towards Occupational HIV Infection." *J Egypt Public Health Assoc* 69(1–2):115–28.

- Farza, A. M. 2001. « Rapport de fin de mission d'assistance technique pour la formulation du Plan Stratégique National de Lutte contre le SIDA, 2002–2004 au Maroc, Rabat, Mars-Juin. » Processed.
- Feki, S., Z. Rekaya, T. Ben Chaaben, A. Zribi, K. Boukef, and F. Jenhani. 1998. "Termination of T-Lymphocyte Subsets in a North African Population (Tunisia): Establishment of Normal Ranges and Results in HIV-Infected Individuals." *Dis Markers* 14(3):161–64.
- Fix, A., M. Abdel-Hamid, R. Purcell, M. Shehata, F. Abdel-Aziz, N. Mikhail, H. El Sebai, M. Nafeh, M. Habib, R. Arthur, S. Emerson, and G. Strickland. 2000. "Prevalence of Antibodies to Hepatitis E in Two Rural Egyptian Communities." *Am J Trop Med Hyg* 62(4):519–23.
- Floyd, K., and C. Gilks. 2001. "Cost and Financing Aspects of Providing Anti-Retroviral Therapy: A Background Paper." Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Home Page. Processed.
- Fox, E., E. A. Abbatte, Said-Salah, N. T. Constantine, G. Rodier, and J. N. Woody. 1989a. "Incidence of HIV Infection in Djibouti in 1988." *AIDS* 3(4):244–45.
- Fox, E., E. A. Abbatte, H. H. Wassef, J. N. Woody, Said-Salah, W. Sidrak, and N. T. Constantine. 1989b. "Low Prevalence of HIV Infection in Djibouti—Has the AIDS Epidemic Come to a Stop at the Horn of Africa?" *Trans R Soc Trop Med Hyg* 83(1):103–06.
- Fox, E., N. T. Constantine, E. A. Abbatte, Said-Salah, and G. Rodier. 1988. "Low Prevalence of Infection by HTLV-I in Populations at Risk for HIV in Djibouti." *Ann Institut Pasteur Virol* 139(4):443–47.
- Fox, E., N. T. Constantine, G. Rodier, and E. A. Abbatte. 1992. "Diagnostic Challenges: Lymphotropic Sero-'Questionables'." *East Afr Med J* 69(10):563–66.
- Fox, E., R. L. Haberberger, Jr., E. A. Abbatte, Said-Salah, D. Polycarpe, and N. T. Constantine. 1989. "Observations on Sexually Transmitted Diseases in Promiscuous Males in Djibouti." *J Egypt Public Health Assoc* 64(5–6):561–69.
- Garg, S., P. Bhalla, N. Sharma, R. Sahay, A. Puri, R. Saha, P. Sodhani, N. S. Murthy, and M. Mehra. 2001. "Comparisons of Self-Reported Symptoms of Gynecological Morbidity with Clinical and Laboratory Diagnosis in a New Delhi Slum." *Asia-Pacific Pop J* (June):75–92.

- GFATM (Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria). 2002. "Yemen Proposal."
- Ghannam, Farha. 1997. "Fertile, Plump, and Strong: The Social Construction of the Female Body in Low-Income Cairo." Monographs in Reproductive Health No. 3. Population Council, Cairo.
- Ghurayyib, R. 1992. "The Women of the Maghreb." *Al-Raida* 10(57):13–16.
- Goodwin, J. 1995. *Price of Honor*. London: Warner Books.
- Government of Yemen/United Nations Children's Fund/World Bank/Radda Barnen. 1998. *Children and Women in Yemen: A Situation Analysis* (4 volumes). Sana'a, Republic of Yemen.
- Govindasamy, P., and A. Malhotra. 1994. "Aspects of Female Autonomy in Egypt: What Can We Learn from DHS Data?" Presented at the Annual Meeting of the Population Association of America, Miami, Fla., May 5–7, 1994. (Popline).
- Groterath, A., and R. Bless. 2002. "Drug Abuse and HIV/AIDS in the Middle East and North Africa. A Situation Assessment." Office on Drugs and Crime, Regional Office for the Middle East and North Africa. Processed.
- Gueddána, Nébiha, M. Attia, H. Ben Romdhane, and M. Halayem. 1996. « Les Jeunes au quotidien. » République Tunisienne, Ministère de la Santé Publique, Tunis.
- Guenena, Nemat, and Nadia Wassef. 1999. "Unfulfilled Promises: Women's Rights in Egypt." Population Council, Cairo.
- Gulf News*. 2000. "Health Agency Raises Estimate of AIDS Victims in UAE." Dubai, *Gulf News Online Edition*, January 12, 2000. Available at www.gulfnews.com.
- Guman, M., T. al Karmi, M. L. Lukic, and K. Behbehani. 1990. "Detection of HIV-2 Infection in the Gulf Region." *AIDS Res Hum Retroviruses* 6(12):1469–70.
- Haacker, Markus. 2001. "The Impact of HIV/AIDS on Economic Growth and Per-Capita Income: A Conceptual Framework." Research Department, International Monetary Fund. Processed.
- Hachicha, J., A. Hammami, H. Masmoudi, M. Ben Hmida, H. Karray, M. Kharrat, F. Kammoun, and A. Jarraya. 1995. "Viral Hepatitis C in Chronic Hemodialyzed

- Patients in Southern Tunisia: Prevalence and Risk Factors. *Ann Med Interne* (Paris) 146(5):295–98.
- Haeri, Shahla. n.d. *Law of Desire: Temporary Marriage in Shi'i Iran*. Syracuse, N.Y.: Syracuse University Press. (Popline).
- . 2000. "Temporary Marriage and the State in Iran: An Islamic Discourse on Female Sexuality." In Pinar Ilkcaracen, ed., *Women and Sexuality in Muslim Societies*, pp. 343–62. Istanbul: Women for Women's Human Rights/Kaddinin İnsan Hakları Projesi.
- Hal, A. A. 1997. "Current Status of Women's Health in the United Arab Emirates." *WIPHN News* (Winter) 22:3.
- Hancock, J., D. Nalo, M. Aoko, R. Mutemi, H. Clark, and S. Forsythe. 1996. "The Macroeconomic Impact of AIDS in Kenya." In S. Forsythe and Rau, eds., *AIDS in Kenya*. Arlington: Family Health International, 1996.
- Hankins, C., S. Friedman, T. Zafar, and S. Strathdee. 2002. "Transmission and Prevention of HIV and Sexually Transmitted Infections in War Settings: Implications for Current and Future Armed Conflicts." *AIDS* 16:2245–52.
- Hassan, N. F., N. M. el Ghorab, M. S. Abdel Rehim, M. S. el Sharkawy, N. M. Sayed, K. Emara, Y. Soltant, M. Sanad, R. G. Hibbs, and R. R. Arthur. 1994. "HIV Infection in Renal Dialysis Patients in Egypt." *AIDS* 8(6):853.
- Hawkes, S., L. Morison, S. Foster, K. Gausia, J. Chakraborty, R. W. Peeling, and D. Mabey. 1999. "Reproductive Tract Infections in Women in Low-Income, Low-Prevalence Situations: Assessment of Syndromic Management in Matlab, Bangladesh." *Lancet* 354:1776–81.
- Heikel, J., S. Sekkat, F. Bouqdir, H. Rich, B. Takourt, F. Radouani, N. Hda, S. Ibrahimy, and A. Benslimane. 1999. "The Prevalence of Sexually Transmitted Pathogens in Patients Presenting to a Casablanca STD Clinic." *Eur J Epidemiol* 15(8):711–15.
- Heise, L., K. Moore, and N. Toubia. 1996. "Defining 'Coercion' and 'Consent' Cross-Culturally." *Siecus Report* 24(2):12–14. Iran.
- Helmy, Magdy. 1999. "Female Genital Mutilation in Egypt. Lessons Learned." Cairo: United Nations Children's Fund. Processed.

- Hermez, J. 2002. "Experiences in Research, Outreach and the Role of NGOs. Lebanese National AIDS Control Programme." PowerPoint presentation at the WHO/EMRO meeting, First Consultation of the Regional Advisory Panel on the Impact of Drug Abuse (RAPID), Cairo, September 23–26, 2002.
- Hmida, S., N. Mojaat, E. Chaouchi, T. Mahjoub, B. Khlass, S. Abid, and K. Boukef. 1995. "HCV Antibodies in Hemodialyzed Patients in Tunisia." *Pathol Biol (Paris)* 43(7):581–83.
- Hossini, C. H., D. Tripodi, A. E. Rahhali, M. Bichara, D. Betito, J. P. Curtes, and C. Verger. 2000. "Knowledge and Attitudes of Health Care Professionals with Respect to AIDS and the Risk of Occupational Transmission of HIV in Two Moroccan Hospitals." *Santé* 10(5):315–21.
- Huntington, Dale, Laila Nawar, Nahla Abdel-Tawab, Ezzeldin Osman Hassan, and Hala Youssef. 1998. "The Postabortion Caseload in Egyptian Hospitals: A Descriptive Study." *International Family Planning Perspectives* (March).
- Ilkkaracem, Pinar, ed. 2000. *Women and Sexuality in Muslim Societies*. Istanbul: Women for Women's Human Rights/Kaddinin Insan Haklari Projesi.
- Ingold, François-Rodolphe, and the Lebanese Research Cooperative. 1994. "Rapid Assessment of Illicit Drug Use in Great Beyrouth." United Nations Drug Control Programme, Vienna.
- International Center for Research on Women; Development Alternatives; Women, Law, and Development International; AED; Development Associated Inc. 1998. "Women and Development in Jordan: A Review of Current Activities and Future Opportunities." WIDTECH, Washington, D.C.
- . 1999. "Elaborating a Gender Strategy for USAID/Morocco." WIDTECH, Washington, D.C.
- International Cooperation for Development/Charitable. 2001. "Society for Social Welfare: Project Proposal: Refugee Health Project-HIV/AIDS." Yemen.
- IPPF (International Planned Parenthood Foundation). 2001a. "Empowering Women to Combat HIV: An IPPF Arab World Initiative (Algeria, Djibouti, Mauritania, Sudan, Tunisia)." Grant application to the European Union in response to RFP No. SCRE/110768/C/G. Processed.

- . 2001b. "Meeting the Reproductive Health Needs of Young Adults in the Arab World (Algeria, Jordan, Lebanon, Morocco, Tunisia)." Grant application to the European Union in response to RFP No. SCRE/110768/C/G. Processed.
- Iran Daily* (Tehran). 2001a. "160 Drug Dealers Arrested in Tehran Park." August 4, 2001.
- . 2001b. "Deadly Disease." Farsi Press Watch, August 4, 2001.
- IRNA Zahedan (news agency). 2001. "Fourteen Die in Southeastern Iran from HIV Infection-academic." Sistan va Baluchestan Province, BBC, July 22, 2001.
- Islamic Republic of Iran. 2001. "AIDS in the Islamic Republic of Iran." Prepared for the WHO 11th Intercountry Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- Jemni, L., S. Bahri, M. Saadi, A. Letaif, M. Dhidah, H. Lahdhiri, and S. Bouchoucha. 1991. "AIDS and Tuberculosis in Central Tunisia." *Tunis Med* 69(5):349–52.
- Jenkins, C., Shale Ahmed, Habibur Rahman, and M. M. Faisal. 2001. "Male Prostitutes in Dhaka: Risk Reduction through Effective Intervention." Paper presented at the International Conference on AIDS in the Asia-Pacific, Melbourne, October 2001.
- Jenkins, C., H. Rahman, T. Saidel, S. Jana, and A. M. Z. Hussain. 2001. "Measuring the Impact of Needle Exchange Programs among Injecting Drug Users through the National Behavioral Surveillance in Bangladesh." *AIDS Education and Prevention* 13(5):452–61.
- Kahn, J. 1996. "The Cost-Effectiveness of HIV-Prevention Targeting: How Much More Bang for the Buck?" *Am J Public Health* 86(12):1709–12.
- Kalaajieh, W. K. 2000. "Epidemiology of Human Immunodeficiency Virus and Acquired Immunodeficiency Syndrome in Lebanon from 1984 through 1998." *Int J Infect Dis* 4(4):209–13.
- Kambou, G., S. Devarajan, and M. Over. 1992. "The Economic Impact of AIDS in an African Country: Simulations with a General Equilibrium Model of Cameroon." *Journal of African Economies* 1(1):109–30.
- Kaplan, E., and H. Pollack. 1998. "Allocating HIV Prevention Resources." *Socio-Economic Planning and Science* 21(4):257–63.

- Karki, B. B. 2000. "Rapid Assessment among Drug Users in Nepal." *AIDS Watch*, WHO Southeast Asia Region Newsletter on STI, HIV, and TB, May–August 2000. Also in *UNAIDS Best Practice Digest*.
- Kassem, S., A. A. el-Nawawy, M. N. Massoud, S. Y. el-Nazar, and E. M. Sobhi. 2000. "Prevalence of Hepatitis C Virus (HCV) Infection and Its Vertical Transmission in Egyptian Pregnant Women and Their Newborns." *J Trop Pediatr* 46(4):231–33.
- Kennedy, M., D. O'Reilly, and M. W. Mah. 1998. "The Use of a Quality-Improvement Approach to Reduce Needlestick Injuries in a Saudi Arabian Hospital." *Clin Perform Qual Health Care* 6(2):79–83.
- Khaled, L. 1995. "Migration and Women's Status: The Jordan Case." *International Migration* 33(2):235–50.
- Khan, S. 1995. "The Silent Killer: AIDS and the Muslim World." *Naz Ki Pukaar* 8 (January).
- . 1996. "Developing Appropriate Strategies." Consultation Meeting of Representatives from Non-Governmental Organizations Working on HIV/AIDS Prevention and Care Issues within Muslim Communities, October 26–29, 1995, Karachi, Pakistan. Final Report, Naz Foundation, submitted to Ford Foundation, New York. Processed.
- Khattab, Hind. 1992. "The Silent Endurance: Social Conditions of Women's Reproductive Health in Rural Egypt." United Nations Children's Fund/Population Council, Cairo.
- . 1996. "Women's Perceptions of Sexuality in Rural Gaza." Monographs in Reproductive Health No. 1. Population Council, Cairo.
- Khattab, H., H. Zurayk, N. Younis, and O. Kamal. 1996. "Involving Women in a Reproductive Morbidity Study in Egypt." In S. Zeidenstein and K. Moore, eds., *Learning about Sexuality*. New York: Population Council and Women's Health Coalition.
- Khattab, Hind, Nabil Younis, and Huda Zurayk. 1999. *Women, Reproduction, and Health in Rural Egypt. The Giza Study*. Cairo: American University of Cairo Press.
- Kremer, M. 1996a. "AIDS: The Economic Rationale for Public Intervention." World Bank. Processed.

- . 1996b. "Optimal Subsidies for AIDS Prevention." World Bank. Processed.
- Kulwicki, A., and P. S. Cass. 1994. "An Assessment of Arab American Knowledge, Attitudes, and Beliefs about AIDS." *Image J Nurs Sch* 26(1):13–17.
- Kuwait National AIDS Program. 2001. "Progress Report of National AIDS Program, State of Kuwait, 2001." Prepared for WHO 11th Intercountry Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- Lane, S. D. 1992. "Gender and Health in Rural Egyptian Households." In I. Sirageldin and R. Davis, eds., *Towards More Efficacy in Women's Health and Child Survival Strategies: Combining Knowledge for Practical Solutions*. Report of the Johns Hopkins University–Ford Foundation Regional Workshop, Cairo, Egypt, December 2–4, 1990; Baltimore, Md., Johns Hopkins University, School of Hygiene and Public Health, Department of Population Dynamics, August 1992:145–67. (Popline).
- Lasky, M., J. L. Perret, M. Peeters, F. Bibollet-Ruche, F. Liegeois, D. Patrel, S. Molinier, C. Gras, and E. Delaporte. 1997. "Presence of Multiple Non-B Subtypes and Divergent Subtype B Strains of HIV-1 in Individuals Infected after Overseas Deployment." *AIDS* 11(1):43–51.
- Law, M. 2001. "An HIV Transmission Model." National Center in HIV Epidemiology and Clinical Research, Australia. Processed.
- Leighton, C. 1993. "Economic Impacts of the HIV/AIDS Epidemic in African and Asian Settings: Case Studies of Kenya and Thailand." Abt Associates, Bethesda, Md.
- . 1996. "The Direct and Indirect Costs of HIV/AIDS." In Forsythe and Rau, eds., *AIDS in Kenya*. Arlington, Family Health International.
- Leonard, G., A. Sangare, M. Verdier, E. Sassou-Guesseau, G. Petit, J. Milan, S. M'Boup, J. L. Rey, J. L. Dumas, J. Hugon, and others. 1990. "Prevalence of HIV Infection among Patients with Leprosy in African Countries and Yemen." *J Acquir Immune Defic Syndr* 3(11):1109–13.
- Lewis, A. 2000. "The Macro Implications of HIV/AIDS in South Africa: A Preliminary Assessment." Processed.
- Littman, R. J., and D. M. Morens. 1996. "AIDS and AAA in Egypt?" *Emerg Infect Dis* 2(4):363.

- MacFarlan, Maitland, and Silvia Sgherri. 2001. "The Macroeconomic Impact of HIV/AIDS in Botswana." International Monetary Fund Working Paper WP/01/80.
- Manhart, L. E., A. Dialmy, C. A. Ryan, and J. Mahjour. 2000. "Sexually Transmitted Diseases in Morocco: Gender Influences on Prevention and Health Care Seeking Behavior." *Soc Sci Med* 50(10):1369–83.
- Martin, S., B. Kilgallen, A. O. Tsui, K. Maitra, K. K. Singh, and L. Kupper. 1999. "Sexual Behaviors and Reproductive Health Outcomes: Associations with Wife Abuse in India." *JAMA* 282(20).
- Massenet, D., and A. Bouh. 1997. "Aspects of Blood Transfusion in Djibouti." *Med Trop (Mars)* 57(2):202–05.
- Masterson, J., and J. Swanson. 2000. *Female Genital Cutting: Breaking the Silence, Enabling Change*. Washington, D.C.: International Center for Research on Women and the Center for Development and Population Activities.
- Mboudjeka, I., B. Bikandou, L. Zekeng, J. Takehisa, Y. Harada, Y. Yamaguchi-Kabata, Y. Taniguchi, E. Ido, L. Kaptue, P. M'pelle, H. J. Parra, M. Ikeda, M. Hayami, and T. Miura. 1999. "Genetic Diversity of HIV-1 Group M from Cameroon and Republic of Congo." *Arch Virol* 144(12):2291–311.
- Mehra, Rekha, and Hilary Feldstein. 1998. "Women and Development in Jordan." In *A Review of Current Activities and Future Opportunities*. International Center for Research on Women, WIDTECH, and United States Agency for International Development.
- Mernissi, F. 1985. *Beyond the Veil*. London: Al Saqi Books.
- . 2000. "Virginity and Patriarchy." In Pinar Ilkcaracen, ed., *Women and Sexuality in Muslim Societies*, pp. 203–14. Istanbul: Women for Women's Human Rights/Kaddinin Insan Haklari Projesi.
- Milder, J. E., and V. M. Novelli. 1992. "Clinical, Social, and Ethical Aspects of HIV-1 Infections in an Arab Gulf State." *J Trop Med Hyg* 95(2):128–31.
- Ministère de la Santé/PNLS, de la Jeunesse, de la Promotion de la Femme, de l'Éducation, ADEPF, and UNICEF. 2001. « Etude des connaissances—attitudes—pratiques des jeunes et leurs participations à la promotion de leurs activités et à la prévention des VIH/SIDA/MST à Djiboutiville. » Processed.

- Ministry of Health in collaboration with UNAIDS and WHO. 1999. "Knowledge, Attitudes, Beliefs, and Practices on AIDS in Jordan." The Hashemite Kingdom of Jordan.
- Ministry of Health, Djibouti. 2001. "HIV/AIDS Epidemic and Sexually Transmitted Diseases in Djibouti Republic."
- Ministry of Health, Sultanate of Oman. 2000. "HIV/AIDS and STI Prevention through Peer Education among Young People in the Sultanate of Oman." HIV/AIDS/STI Prevention and Control Programme.
- Ministry of Health, Syrian Arab Republic. 2000. "Development of Community-Based HIV/AIDS Education and Communication for Youths Residing in Slum Areas of Damascus, Syria." National AIDS Program.
- Ministry of Health and Population, National AIDS Control Program, Egypt. 2001. "HIV/AIDS Prevention and Control." Processed.
- Ministry of Public Health, Tunisia. 2000. "Summary Report for International Forum on the Implementation of the ICPD Program of Action, 1994–1999." National Family and Population Board, Tunis.
- . 2001. « Atelier national de concertation sur la lutte contre le VIH/SIDA en Tunisie. » Processed.
- Mohamed, A. E., M. A. al Karawi, and G. A. Mesa. 1997. "Dual Infection with Hepatitis C and B Viruses: Clinical and Histological Study in Saudi Patients." *Hepatogastroenterology* 44(17):1404–06.
- Montavon, C., C. Toure-Kane, F. Liegeois, E. Mpoudi, A. Bourgeois, L. Vergne, J. L. Perret, A. Boumah, E. Saman, S. Mboup, E. Delaporte, and M. Peeters. 2000. "Most env and gag Subtype A HIV-1 Viruses Circulating in West and West Central Africa Are Similar to the Prototype AG Recombinant Virus IBNG." *J Acquir Immune Defic Syndr* 23(5):363–74.
- Moore, M. 2001. "Once Hidden, Drug Addiction Is Changing Iran. Problem's Impact Challenges Attitudes of a Strict Society." *Washington Post* Foreign Service, July 18, 2001, p. A26.
- Morgan-Capner, P., G. A. Holbrook, and J. A. O'Donoghue. 1993. "HIV and Insurance." *BMJ* 307(6907):805.

- Morocco National AIDS Program. 2001. "Country Report." Prepared for the WHO 11th Intercountry Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- Mosbah, F., and C. Ben Yahi. 1998. « Prévention de la toxicomanie et santé sexuelle et reproductive. » Enquête Qualitative sur les Jeunes, Association Tunisienne du Planning Familial.
- Muir, Jim. 2002. "Tackling AIDS in Iran." BBC News, March 20, 2002.
- Murray, C., and A. Lopez. 1996. "The Global Burden of Disease." In *Global Burden of Disease and Injury Series, Volume 1*. WHO, Harvard School of Public Health, World Bank. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Murray, S., and W. Roscoe. 1997. *Islamic Homosexualities*. New York: University Press.
- Nafeh, M., A. Medhat, M. Shehata, N. Mikhail, Y. Swifee, M. Abdel-Hamid, S. Watts, A. Fix, G. Strickland, W. Anwar, and I. Sallam. 2001. "Hepatitis C in a Community in Upper Egypt: One Cross-Sectional Survey." *Am J Trop Med Hyg* 63(5):236–41.
- Nalo, D., and M. Aoko. 1994. "Macroeconomic Impact of HIV/AIDS in Kenya." Nairobi.
- National AIDS Program, Iran. 2001. "AIDS in Islamic Republic of Iran." Presentation prepared for the WHO 11th Intercountry Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- National AIDS Program, Ministry of Health, Lebanon. 2002. "HIV/AIDS Prevention through Outreach to Vulnerable Groups in Beirut-Lebanon."
- National AIDS Program, Ministry of Public Health, Tunisia. 2001. « Point sur la situation épidémiologique de l'infection à VIH/SIDA en Tunisie. » Processed.
- National AIDS Program, Sudan. 2001. "National Program Evolution Sudan." Presentation prepared for the WHO 11th Intercountry Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- National AIDS Programme, Ministry of Health and Health Care, Jordan. 2000. "HIV Prevention for Youth in Jordan" and "HIV/AIDS and STD Prevention for Young People Outside Schools and University Settings in Jordan."

- National AIDS/STD Program/Directorate General of Health Services/MOHFW/Government of the People's Republic of Bangladesh. 2001. "HIV in Bangladesh: Where Is It Going? Background document for the dissemination of the third round of national HIV and behavioral surveillance, Dhaka, November 2001.
- National Research Council. 1977. "Improving Reproductive Health in Developing Countries." Population Reference Bureau.
- Njoh, J., and S. Zimmo. 1997. "The Prevalence of Human Immunodeficiency Virus among Drug-Dependent Patients in Jeddah, Saudi Arabia." *J Subst Abuse Treat* 14(5):487-88.
- Obermeyer, Carla M. 1994. "Reproductive Choice in Islam: Gender and State in Iran and Tunisia." *Studies in Family Planning* 25 (1):41-51.
- . 2000. "Sexuality in Morocco: Changing Context and Contested Domain." *Culture, Health, and Sexuality* 2(3):239-54.
- Oelrichs, R. B., I. L. Shrestha, N. A. Anderson, and N. J. Deacon. 2000. "The Explosive Human Immunodeficiency Virus Type 1 Epidemic among Injecting Drug Users of Kathmandu, Nepal, Is Caused by a Subtype C Virus of Restricted Genetic Diversity." *J Virology* 74:1149-57.
- Omran, A., and F. Roudi. 1993. "The Middle East Population Puzzle." *Population Bulletin* 48(1).
- Over, M. 1992. "The Macroeconomic Impact of AIDS in Sub-Saharan Africa." Working Paper. World Bank, Population and Human Resources Department.
- . 1997. "The Effects of Societal Variables on Urban Rates of HIV Infection in Developing Countries: An Exploratory Analysis." European Commission.
- . 1998. "Towards Estimating the Impact of AIDS on Social Welfare: A Methodological Note with an Application to Malawi." World Bank. Processed.
- Over, M., P. Mujinja, D. Dorsainvil, and I. Gupta. 2001. "Impact of Adult Death on Household Expenditures in Kagera, Tanzania." Policy Research Working Paper. World Bank, Policy Research Department, Washington, D.C.

- Peak, A., S. Rana, S. H. Maharjan, D. Jolley, and N. Crofts. 1995. "Declining Risk for HIV among Injecting Drug Users in Kathmandu, Nepal: The Impact of a Harm-Reduction Program." *AIDS* 9(9):1067-70.
- Petro-Nustas, W. 1999. "Men's Knowledge and Attitudes towards Birth Spacing and Contraceptive Use in Jordan." *International Family Planning Perspectives* 25(4):181-85.
- Philippon, M., M. Saada, M. A. Kamil, and H. M. Houmed. 1997. "Attendance at a Health Center by Clandestine Prostitutes in Djibouti." *Santé* 7(1):5-10.
- Plan and Budget Organization, Tehran, and the United Nations. 1999. "Human Development Report of the Islamic Republic of Iran, 1999." Tehran.
- Population Council. 1998. "Transitions to Adulthood: A National Survey of Adolescents in Egypt." Regional Office for West Asia and North Africa, Population Council, Cairo.
- Preble, E. (AIDSCAP). 1996. "Needs Assessment for HIV/AIDS Control and Prevention in Egypt." Report to the U.S. Agency for International Development. Cairo. Processed.
- Quattek. 2000. "The Economic Impact of AIDS in South Africa: A Dark Cloud on the Horizon." Processed.
- Razzaghi, E., A. Rahimi, M. Hosseni, S. Madani, and A. Chatterjee. 1999. "Rapid Situation Assessment (RSA) of Drug Abuse in Iran." Short version of the English report. Prevention Department, State Welfare Organization Ministry of Health, Tehran, and Joint United Nations Drug Control Programme. Processed.
- Rehle, T., T. Saidel, S. Hassig, P. Bouey, E. Gaillard, and D. Sokal. 1998. "AVERT: A User-Friendly Model to Estimate the Impact of HIV/Sexually Transmitted Disease Prevention Interventions on HIV Transmission." *AIDS* 12 (Suppl 2):S27-S35.
- Renaud, M. 1997. *Women at the Crossroads: A Prostitute Community's Response to AIDS in Urban Senegal*. United Kingdom: Gordon and Breach.
- Renganathan, E., I. Quinti, E. El Ghazzawi, O. Kader, I. El Sherbini, F. Gamil, and G. Rocchi. 1995. "Absence of HIV-1 and HIV-2 Infection in Different Populations from Alexandria, Egypt." *Eur J Epidemiol* 11(6):711-12.

- Republic of Yemen and United Nations Development Programme. 1998. "Yemen Human Development Report 1998." Republic of Yemen Ministry of Planning and Development, Sana'a.
- République Algérienne Démocratique et Populaire Ministère de la Santé et de la Population/Direction de la Prévention/Institut National de Santé Publique. 2000. « Premier séminaire d'information et d'évaluation du projet PNUD/Gouvernement ALG/94/010. » Surveillance des Risques de Santé Liés à la Route Transsaharienne. Processed.
- Reuters New Service. 2001a. "Bahrain Visa Curbs Only on Women from CIS States." May 1, 2001.
- . 2001b. "Iran Arrests Members of Sex Trade Ring." Tehran, August 1, 2001.
- Reysoo, F. 1999. "Gender, Reproductive Rights, and Health in Morocco: Traps for Unmarried Mothers." *Development* 42(1):63–66.
- Ridanovic, Z. 1997. "AIDS and Islam." *Med Arb* 51(1–2):45–46.
- Riyad, M., N. Trombati, A. Benschekroune, B. Charaf, A. Nabaoui, Z. Bouayad, and A. Benslimane. 1992. "HIV Infection among Tuberculous Patients in Morocco." *Eur Respir J* 5(5):642.
- Robalino, D., A. Voetberg, and O. Picaso. 2002. "The Macroeconomic Impacts of HIV/AIDS in Kenya: Estimating Optimal Reduction Targets for the HIV Incidence Rate." *Journal of Policy Modeling* 24:195–218.
- Rodier, G., E. Fox, N. T. Constantine, and E. A. Abbatte. 1990. "HHV-6 in Djibouti—an Epidemiological Survey in Young Adults." *Trans R Soc Trop Med Hyg* 84(1).
- Rodier, G., B. Couzineau, S. Salah, J. Bouloumie, J. P. Parra, E. Fox, N. Constantine, and D. Watts. 1993a. "Infection by the Human Immunodeficiency Virus in the Republic of Djibouti: Literature Review and Regional Data." *Med Trop (Mars)* 53(1):61–67.
- Rodier, G. R., B. Couzineau, G. C. Gray, C. S. Omar, E. Fox, J. Bouloumie, and D. Watts. 1993b. "Trends of Human Immunodeficiency Virus Type-1 Infection in Female Prostitutes and Males Diagnosed with a Sexually Transmitted Disease in Djibouti, East Africa." *Am J Trop Med Hyg* 48(5):682–86.

- Rodier, G. R., J. J. Morand, J. S. Olson, D. M. Watts, and Said-Salah. 1993c. "HIV Infection among Secondary School Students in Djibouti, Horn of Africa: Knowledge, Exposure, and Prevalence." *East Africa Med J* 70(7):414–17.
- Rodier, G. R., J. P. Sevre, G. Binson, G. C. Gray, Said-Salah, and P. Gravier. 1993d. "Clinical Features Associated with HIV-1 Infection in Adult Patients Diagnosed with Tuberculosis in Djibouti, Horn of Africa." *Trans R Soc Trop Med Hyg* 87(6):676–77.
- Rosa, B. 1999. « Serosurveillance épidémiologique de l'infection au VIH par réseau sentinelle. » Université d'Alger, Faculté de Médecine d'Alger, Département de Médecine, thèse de DESM.
- Ruggi, Suzanne. 2000. "Commodifying Honor in Female Sexuality: Honor Killings in Palestine." In Pinar Ilkkaracem, ed., *Women and Sexuality in Muslim Societies*, pp. 393–98. Istanbul: Women for Women's Human Rights/Kaddinin İnsan Hakları Projesi.
- Ryan, C. A., A. Zidouh, L. E. Manhart, R. Selka, M. Xia, M. Moloney-Kitts, J. Mahjour, M. Krone, B. N. Courtois, G. Dallabetta, and K. K. Holmes. 1998. "Reproductive Tract Infections in Primary Health Care, Family Planning, and Dermatovenereology Clinics: Evaluation of Syndromic Management in Morocco." *Sex Transm Infect* 74 (Suppl 1): S95–S105.
- Saidel, T., D. Des Jarlais, W. Peerapatanapokin, J. Dorabjee, S. Singh, and T. Brown. 2003. "Potential Impact of HIV among IDUs on Heterosexual Transmission in Asian Settings: Scenarios from the Asian Epidemic Model." *International Journal of Drug Policy* 14:63–74.
- Saleh, M. A., Y. S. al-Ghamdi, O. A. al-Yahia, T. M. Shaqran, and A. R. Mosa. 2000. "Impact of Health Education Programs on Knowledge about AIDS and HIV Transmission in Students of Secondary Schools in Buraidah City, Saudi Arabia: An Exploratory Study." *East Mediter Health J* 5(5):1068–75.
- Salem, A. 1992. "A Condom Sense Approach to AIDS Prevention: A Historical Perspective." *S D J Med* 45(10):294–96.
- Schmitt, A., and J. Sofer, eds. 1992. *Sexuality and Eroticism among Males in Moslem Societies*. New York: Harrington Park Press/Haworth Press.

- Schuler, S. R., S. M. Hashemi, A. P. Riley, and S. Akhter. 1996. "Credit Programs, Patriarchy, and Men's Violence against Women in Rural Bangladesh." *Soc Sci Med* 43(12):1729-42.
- Seif El Dawla, A., A. Abdel Hadi, and N. Abdel Wahab. 1998. "Women's Wit over Men's: Trade-Offs and Strategic Accommodations in Egyptian Women's Reproductive Lives." In R. Petchesky and K. Judd, eds., *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures*, pp. 69-107. Atlantic Highlands, N.J.: Zed Books.
- Shaaban, Bouthaina. 1998. "Persisting Contradictions: Muslim Women in Syria." In Herbert L. Bodman and Nayereh Tohidi, eds., *Women in Muslim Societies: Diversity within Unity*, pp. 101-17. Boulder, Colo.: Lynne Rienner Publishers.
- . 2000. "Love and Life at Al Tawariqu Society." In Pinar Ilkkaracem, ed., *Women and Sexuality in Muslim Societies*, pp. 171-86. Istanbul: Women for Women's Human Rights/Kaddinin_Insan Haklari Projesi.
- Shah, Nasra M., Makhdoom A. Shah, and Zoran Radovanovic. 1998. "Patterns of Desired Fertility and Contraceptive Use in Kuwait." *International Family Planning Perspectives* 24(3):133-38.
- Shanks, N. J., and D. al-Kalai. 1995. "Occupation Risk of Needlestick Injuries among Health Care Personnel in Saudi Arabia." *J Hosp Infect* 29(3):221-26.
- Sheba, M. F., J. N. Woody, A. M. Zaki, J. C. Morrill, J. Burans, I. Farag, S. Kashaba, S. Madkour, and M. Mansour. 1988. "The Prevalence of HIV Infection in Egypt." *Trans R Soc Trop Med Hyg* 82(4):634.
- Shokrollahi, P., M. Mirmohamadi, F. Mehrabi, and G. H. Babaei. 1999. "Prevalence of Sexual Dysfunction in Women Seeking Services at Family Planning Centers in Tehran." *Journal of Sex and Marital Therapy* 25(3):211-15.
- Slama, J., N. Mojaat, M. Bjaoui, F. Durant, D. Gueguen, K. Boukef, and B. Genetet. 1992. "Prevalence of Hepatitis C in Multitransfused Tunisian Patients." *Nouv Rev Fr Hematol* 34(4):301-02.
- Sonbol, Amira. 2000. "Rape and Law in Ottoman and Modern Egypt." In Pinar Ilkkaracem, ed., *Women and Sexuality in Muslim Societies*, pp. 309-26. Istanbul: Women for Women's Human Rights/Kaddinin Insan Haklari Projesi.

- SouEIF, Moustafa. 1994. "Extent and Patterns of Drug Use among Students and Working-Class Men in Egypt." National Center for Social and Criminological Research, Cairo. Processed.
- Sow, A. 2001. "HIV/AIDS Epidemic and Sexually Transmitted Diseases in Djibouti Republic." Prepared for the WHO 11th Intercountry Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- Stevenson, T. B. 1997. "Migration, Family, and Household in Highland Yemen: The Impact of Socio-Economic and Political Change and Cultural Ideals on Domestic Organization." *J Comparative Family Studies* 28(2):14-53.
- Stover, J. 1997. "The Future Demographic Impacts of AIDS: What Do We Know?" World Bank.
- Stover, John, and Peter Way. 1995. "Impact of Interventions on Reducing the Spread of HIV in Africa: Computer Simulations Applications." *African Medical Practice* 2(4).
- Sudan National AIDS Control Program. 2000. "HIV/AIDS/STD Surveillance Report, Third Quarter Report, 2000." Khartoum.
- . 2001. "HIV/AIDS/STI Surveillance Report, First Quarter Report, 2001." Khartoum.
- Sudan National AIDS Control Program, Federal MOH. 2002. "Report Situation Analysis: Behavioural and Epidemiological Surveys and Response Analysis." Khartoum.
- Sultanate of Oman, HIV/AIDS/STI Prevention and Control Program, Department of Surveillance and Disease Control, Directorate-General of Health Affairs, Ministry of Health. 2001. "HIV/AIDS and STI Prevention through Peer Education among Young People in the Sultanate of Oman." UNAIDS Activity Proposal. Processed.
- Sweat, M., and J. Denison. 1995. "Reducing HIV in Developing Countries with Structural and Environmental Interventions." *AIDS* 9 (Suppl A):S251-57.
- Syrian Arab Republic. 2001a. "Country Report." Prepared for the WHO 11th Intercountry Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.

- . 2001b. "HIV/AIDS and STD Surveillance System-Syrian Arab Republic." Prepared for the WHO 11th Intercountry Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- Task Force on HIV and Vulnerability. 2000. "Drug Use and HIV Vulnerability Policy: Research Study in Asia (October 2000)." Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/United Nations Drug Control Programme, Bangkok.
- Tastemain, C., and P. Coles. 1993. "Can a Culture Stop AIDS in its Tracks?" *New Scientist* (September) 11:13-14.
- Tawil, O., K. O'Reilly, I. Coulibaly, A. Tiémélé, H. Himmich, A. Boushaba, K. Pradeep, and M. Caraël. 1999. "HIV Prevention among Vulnerable Populations: Outreach in the Developing World." *AIDS* 13(Suppl A): S239-47.
- Tchupo, Jean Paul. 1998. « Rapport de mission. Les maladies sexuellement transmissibles en République de Djibouti: Evaluation de la situation et recommandations pour une prise en charge optimale. » Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Processed.
- The Economist*. 2001. "Sex Bomb: AIDS in Asia." October 6-12, p. 34.
- The Living Non-Related Renal Transplant Study Group. 1997. "Commercially Motivated Renal Transplantation: Results in 540 Patients Transplanted in India." *Clin Transplant* 11(6):536-44.
- Tiouiri, H., B. Louzir, N. Ben Salem, M. Beji, B. Kilani, M. Gastli, J. Daghfous, and A. Zribi. 1995. "Standard Radiological Characteristics of Thoracic Sites of Tuberculosis in Patients with AIDS in a Tunisian Population." *Rev Pneumol Clin* 51(6):321-24.
- Tiouiri, H., B. Naddari, G. Khiari, S. Hajjem, and A. Zribi. 2000. "Study of Psychosocial Factors in HIV-Infected Patients in Tunisia." *East Mediterranean Health J* 5(5):903-11.
- Toufic, A. 1996-97. « Pratiques et mobilité des usagers de drogues: de la dynamique du risque a celle de prevention. » *Le Journal du Sida* (numéro special: Monde Arabe, Migrants/Maghreb) 92-93:31-36.
- Tunisian External Communication Agency/National Union of Tunisian Women. 1993. *Women of Tunisia: Their Struggle and Their Gains*. Tunisian External Communication Agency. (Popline).

UNAIDS (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 1999. "Project Proposal: Development of Policy and Strategies in Care and Support for People Living with HIV/AIDS." Yemen.

———. 2000. "HIV Situation and Needs Assessment: Project on Development of Policy and Strategies in Care and Support for People Living with HIV/AIDS." Yemen. Processed.

———. 2001a. "Report of the Regional Meeting of UNAIDS Cosponsors and Key Partners." Cairo.

———. 2001b. "The Global Strategy Framework on HIV/AIDS."

UNAIDS/MENA (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/Middle East and North Africa). 2000. "HIV/AIDS in the Middle East and North Africa: Strategic Objectives for 2000–2001." Processed.

UNAIDS/WHO (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/World Health Organization). 2000a. "Guidelines for Second Generation HIV Surveillance." Geneva.

———. 2000b. "Kenya Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections." Geneva.

———. 2001. "AIDS Epidemic Update." Geneva.

———. 2002a. "AIDS Epidemic Update." Geneva.

———. 2002b. "Algeria Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections." Geneva.

———. 2002c. "Bahrain Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections." Geneva.

———. 2002d. "Djibouti Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections." Geneva.

———. 2002e. "Egypt Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections." Geneva.

———. 2002f. "Ethiopia Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections." Geneva.

- . 2002g. “Islamic Republic of Iran Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.
- . 2002h. “Jordan Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.
- . 2002i. “Kuwait Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.
- . 2002j. “Lebanon Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.
- . 2002k. “Libya Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.
- . 2002l. “Morocco Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.
- . 2002m. “Oman Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.
- . 2002n. “Qatar Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.
- . 2002o. “Saudi Arabia Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.
- . 2002p. “Sudan Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.
- . 2002q. “Syria Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.
- . 2002r. “Tunisia Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.
- . 2002s. “United Arab Emirates Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.
- . 2002t. “Yemen Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections.” Geneva.

- UNDP (United Nations Development Programme). 2000. "Formulation of the National Policy Framework to Control the Spread of HIV/AIDS in Yemen." Project of the government of Yemen.
- . 2001. *Human Development Report 2000*. New York and Oxford: Oxford University Press.
- UNESCO/UNAIDS (United Nations Educational, Scientific, and Cultural Organization/Joint United Nations Programme on HIV/AIDS). 2001. "Regional Seminar on Integration of HIV/AIDS within the School System," Brumana, Lebanon, October 1–5, 2001.
- UNFPA (United Nations Population Fund). 2000. "Strategic Partnership with the Arab Scout Organization for Youth Reproductive Health." Briefing paper. Tunisia. Processed.
- UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees). 1999. "Djibouti." (Web).
- . 2001. "Recent Developments, East and Horn of Africa. 2001 Global Appeal."
- UNICEF (United Nations Children's Fund). 2001a. *The State of the World's Children 2001. Early Childhood*. New York.
- . 2001b. "Early Marriage: Child Spouses." *Innocenti Digest 7*. Florence.
- United Arab Emirates. 2001. "UAE's National Program for AIDS Control and Prevention." Prepared for the WHO 11th Inter-country Meeting of National AIDS and STD Program Managers, Casablanca, July 2001.
- United Nations. 2001. "Yemen Common Country Assessment." United Nations in Yemen.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime). 2003. Middle East Programme, http://www.unodc.org/pdf/middle_east_programme.pdf (accessed April 25, 2003).
- UNODCCP (United Nations Office of Drug Control and Crime Prevention). 2000a. "Algeria: Overview of Drug Control Situation." (Web).
- . 2000b. "Egypt: Overview of Drug Control Situation." (Web).

- . 2000c. "Jordan: Overview of Drug Control Situation." (Web).
- . 2000d. "Libya: Overview of Drug Control Situation." (Web).
- . 2000e. "Oman: Overview of Drug Control Situation." (Web).
- . 2000f. "Syria: Overview of Drug Control Situation." (Web).
- . 2000g. "Tunisia: Overview of Drug Control Situation." (Web).
- . 2000h. "Djibouti: Country Profile." Kenya Regional Office. (Web).
- . 2001a. "Islamic Republic of Iran. Country Profile." (Web).
- . 2001b. "Rapid Assessment of Trends and Patterns of Drug Abuse in Egypt." Final Report. UNODCCP/Ministry of Health, Cairo.
- . 2001c. "Illicit Drug Markets in Greater Cairo." Cairo.
- USAID (United States Agency for International Development)/Egypt. 2001a. "Briefing Background." Cairo. Processed.
- . 2001b. "Situation Analysis: HIV/AIDS." Briefing Paper. Processed.
- U.S. Census Bureau. 1997. "Recent HIV Seroprevalence Levels by Country: January 1997." Research Note 23. Health Studies Branch, International Programs Center, Population Division, Washington, D.C.
- . 2001. "Monitoring the Epidemic (MAP): The Status and Trends of HIV/AIDS/STI Epidemics in Asia and the Pacific." Melbourne, Australia.
- U.S. State Department (NEA/ARP and PRM/POP). 2001. "HIV-AIDS Event Draws Large Turnout." Unclassified cable, E.O. 12958, February 26, 2001.
- Voevodin, A., K. A. Crandall, P. Seth, and S. al Mufti. 1996. "HIV Type 1 Subtypes B and C from New Regions of India and Indian and Ethiopian Expatriates in Kuwait." *AIDS Res Hum Retroviruses* 12(7):641-43.
- Von Bruck, Gabrielle. 1997. "Elusive Bodies: The Politics of Aesthetics among Yemeni Elite Women." *Signs* 23(1):175-214.

- Walker, N., J. M. Garcia-Calleja, L. Heaton, E. Asamoah-Odei, G. Pourneral, S. Lazzari, P. Ghys, B. Schwartländer, and K. Stanekki. 2001. "Epidemiological Analysis of the Quality of HIV Sero-Surveillance in the World: How Well Do We Track the Epidemic?" *AIDS* 15:1545–54.
- Watts, D. M., N. T. Constantine, M. F. Sheba, M. Kamal, J. Callahan, and M. E. Kilpatrick. 1993. "Prevalence of HIV Infection and AIDS in Egypt over Four Years of Surveillance (1986–1990)." *J Trop Med Hyg* 96(2):113–17.
- Whitaker, B. 2000. "Girl Killed to Act as Drug Mule in Gulf." *The Guardian*, May 10, 2000.
- WHO (World Health Organization). 1991. "Global Program on AIDS." Global HIV/AIDS Estimates and Projections Update. SFI/RES/GPA/HQ.
- . 2000. "The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance." Geneva.
- . 2001. "Global AIDS Surveillance." *Weekly Epidemiological Record* 50(76):389–400.
- WHO/EMRO (World Health Organization/Eastern Mediterranean Office). 1995. "Report on the Intercountry Workshop on Evaluation of National AIDS Programs." Nicosia, Cyprus, August 22–25, 1995. WHO-EM/GPA/111/E. Processed.
- . 1999. "Report on the Intercountry Consultation for Development of Guidelines for Demand Reduction in Substance Abuse with Special Emphasis on Injecting Drug Use." WHO-EM/MNH/156/E/L. Beirut, November 25–27, 1999. Processed.
- . 2000a. "Regional Consultation on Reducing Risk and Vulnerability to HIV/AIDS in Countries of the Eastern Mediterranean Region." Tunis, Tunisia, May 29–June 1, 2000.
- . 2000b. "Global and Regional HIV Situation, 2000." EM/RC47/ Inf. Doc. 2. Processed.
- . 2000c. "Somalia: Country Brief." Updated on November 28, 2000.
- . 2000d. "The RD Report 2000, AIDS and Sexually Transmitted Diseases." Processed.

- . 2001a. "Progress Report. Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in the Eastern Mediterranean Region." EM/RC48/Inf. Doc. 2. Processed.
- . 2001b. "Report on the Regional Consultation to Strengthen STD Prevention and Care Strategies in the Countries of the Eastern Mediterranean." Cairo, May 7–10, 2001. Processed.
- . 2001c. "Report on the Regional Consultation towards Improving HIV/AIDS and STD Surveillance in the Countries of the Eastern Mediterranean Region." Beirut, Lebanon, October 30–November 2, 2000. Processed.
- . 2001d. "Sudan: Country Brief." Updated on May 3, 2001.
- . 2003. "Regional Meeting on Expanded Access to HIV/AIDS Treatment in the Countries of the EMR." Cairo, February 18–20, 2003.
- WHO/EMRO and UNAIDS. 2001. "Assessment of the HIV/AIDS and STD Situation and Response in the Sultanate of Oman." February 17–25, 2001.
- Wikan, Unni. 1976. "Man Becomes Woman—Transvestism in Oman." *Tisskrift for samfunnsforskning* 17(4):318–34. (Popline).
- World Bank. 1993. "Staff Appraisal Report." Report 11900-YEM. Republic of Yemen Family Health Project.
- . 1997a. "Country Assistance Strategy for the Republic of Lebanon." Report 17153.
- . 1997b. "Djibouti: Crossroads of the Horn of Africa Poverty Assessment." Report 16543-DJI. Human Development Group IV, Africa Region, Washington, D.C.
- . 1998a. "Health, Nutrition, and Population in Middle East and North Africa Region: Background Paper for the Regional Seminar on Health Sector Development in Middle East and North Africa."
- . 1998b. "Project Appraisal Document for a Proposed Loan in an Amount Equal to FRF 297,600,000 to the Republic of Tunisia for a Health Sector Loan, Feb 13, 1998." MENA Report 17358-TUN. Human Development Sector.
- . 1999a. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. New York: Oxford University Press, 1997; revised edition, 1999.

- . 1999b. “Country Assistance Strategy for the Republic of Jordan.” Report 19890.
- . 1999c. “Country Assistance Strategy for the Republic of Yemen.” Report 19073.
- . 1999d. “Project Appraisal Document for a Proposed Loan in an Amount Equal to US\$35.0 Million to the Hashemite Kingdom of Jordan for a Health Sector Reform Project, March 5, 1999.” MENA Report #19006-JO. Human Development Sector.
- . 2000a. “Algeria at a Glance.” (Web).
- . 2000b. “Bahrain at a Glance.” (Web).
- . 2000c. “Country Assistance Strategy for the Republic of Tunisia.” Report 20161.
- . 2000d. “Cultural Heritage Building Block [Yemen].” Infrastructure Development Group, Middle East and North Africa Region.
- . 2000e. “Egypt, Arab Republic at a Glance.” (Web).
- . 2000f. “Middle East and North Africa.” In *World Bank Annual Report 2000*, pp. 74–79. Washington, D.C.
- . 2000g. “Project Appraisal Document on a Proposed Credit in the Amount of SDR 11.4 (US\$15.0 million) to the Republic of Djibouti for the International Road Corridor Rehabilitation Project.” Report 20365-DJI.
- . 2000h. “Project Appraisal Document for a Proposed Loan in an Amount Equal to US\$87.0 Million to the Islamic Republic of Iran for a Second Primary Health Care and Nutrition Project, April 3, 2000.” MENA Report 20202-IRN. Human Development Group.
- . 2000i. “Project Appraisal Document on a Proposed Credit in the Amount of SDR 56 Million (US\$75 Million Equivalent) to the Republic of Yemen for a Second Social Fund for Development Project, April 11, 2000.”
- . 2000j. “Republic of Yemen. Comprehensive Development Review.” Building Block on Education.
- . 2000k. “Republic of Yemen. Comprehensive Development Review.” Building Block on Urbanization.

- . 2000l. “Republic of Yemen. Comprehensive Development Review.” Health Sector Phase I. Processed.
- . 2000m. “Republic of Yemen. Comprehensive Development Review Phase I, Judicial and Legal System Building Block.” Legal Department.
- . 2000n. “Republic of Yemen. Comprehensive Development Review Phase I, Poverty and Social Safety Nets Building Block.” Social and Economic Development Unit, Middle East and North Africa Region.
- . 2000o. “The World Bank and Yemen: Country Brief.” (Web).
- . 2001a. “A Framework for Social Protection in the MENA Region.” Washington, D.C.
- . 2001b. “Country Assistance Strategy for the Republic of Egypt.” Report 22163.
- . 2001c. “Country Assistance Strategy for the Republic of Iran.” Report 22050.
- . 2001d. “Country Assistance Strategy for the Kingdom of Morocco.” Report 22115.
- . 2001e. “Islamic Republic of Iran. Expanded Program for Immunization in the New Millennium: Lessons Learned.”
- . 2001f. “Reducing Vulnerability and Increasing Opportunity: Social Protection in the Middle East and North Africa.” Orientations in Development Series. Middle East and North Africa Region. Washington, D.C.
- . 2001g. “Regional Update.” MENA. Available at <http://worldbank.org/UNGASS/MENA.htm>.
- . 2002a. “Algeria Public Expenditures Review in the Social Sectors.” Report 22591-AL.
- . 2002b. World Development Indicators Database (SIMA).
- . Report #20291-YEM. Human Development Sector, MENA Region.
- World Bank Group. 2000a. “Djibouti Macroeconomic Brief.” (Web).

- . 2000b. "Egypt in Brief." (Web).
- . 2000c. "Middle East and North Africa Data Profile." World Development Indicators Database. (Web).
- . 2000d. "Yemen Republic, Data Profile." World Development Indicators Database. (Web).
- . 2001. "Algeria in Brief." (Web).
- World Bank Memorandum. 1990. "Project Completion Report on Republic of Tunisia Health and Population Project (Loan 2005-Tun)."
- . 2001. "Country Assistance Strategy for the Republic of Djibouti." Report 21414-DJI.
- Yeghaneh, Bahram. 2001. Presentation on HIV/AIDS in Iran, at MAP Meeting, Melbourne, Australia, October 4, 2001.
- Yerly, S., R. Quadri, F. Negro, K. Posfay Barbe, J.-J. Cheseaux, P. Burgisser, C.-A. Siegrist, and L. Perrin. 2001. "Nosocomial Outbreak of Multiple Bloodborne Viral Infections." *J Infect Dis* 184:369–72.
- Yousif, A., M. Wallace, and B. Baig. 1994. "The Seroprevalence of Syphilis, Toxoplasmosis, and Hepatitis B in Patients in Bahrain Infected with Human Immunodeficiency Virus." *Trans R Soc Trop Med Hyg* 88(1):60.
- Zahra, Rim. 2000. "The High Price of Walking." In Pinar Ilkcaracen ed., *Women and Sexuality in Muslim Societies*. Istanbul: Women for Women's Human Rights/Kaddinin Insan Haklari Projesi.
- Zakharia, L. F., and S. Tabari. 1997. "Health, Work Opportunities, and Attitudes: A Review of Palestinian Women's Situation in Lebanon." *J Refugee Studies* 10(3):411–29.
- Zawawi, T. H., M. A. Abdelaal, A. Y. Mohamed, D. J. Rowbottom, W. A. Alyafi, K. H. Marzouki, and A. A. Rashed. 1997. "Routine Preoperative Screening for Human Immunodeficiency Virus in a General Hospital, Saudi Arabia." *Infect Control Hosp Epidemiol* 18(3):158–59.

Index

- A** _____
- Acteurs concernés : 82
- Afghanistan : 26
- Aiguilles : 27, 29, 72, 74-75, 95-96, 99-100, 124, 128
- Algérie : 2, 14-15, 19-21, 24, 26, 30, 32-33, 35, 38, 42, 44, 56, 60, 69-71, 73-74, 81-82, 86, 104, 108, 126-127
- Alphabétisation : 43-44, 48, 50, 94
- Analphabétisme : 50, 52, 94-95
- Arabie Saoudite : 2, 15-16, 19-21, 26, 34, 38, 44, 60, 68
- AZT : 70-71
- B** _____
- Bahreïn : 2, 19-20, 26-27, 30, 35, 68, 71
- Bangladesh : 9-11, 18, 32, 34, 45, 81, 84-85, 88, 140, 142, 148, 151
- Banque mondiale : 1, 3, 11, 15, 37-38, 41, 44, 50, 52, 55-56, 63, 69, 78, 81, 90, 102-103
- C** _____
- Capital humain : 53-56, 60, 63, 95-96
- Centres urbains : 50
- Chômage : 33, 38, 43-45, 56, 60, 68, 76, 92, 95, 97, 103
- Classification : 3, 19
- Conseil : 22, 40-41, 70-72, 75-76, 78, 85-86, 88-89
- Contamination : 4-5, 7-8, 13-14, 16, 18-28, 31, 33-36, 40-41, 43, 45-46, 48, 51-52, 59, 69, 72, 81, 92, 99-102, 107, 128
- Coûts : 47, 54-56, 60, 64-68, 92, 124-125
- Coûts sociaux : 65
- Croissance démographique : 40, 61, 68
- Croissance économique : 44, 48, 52, 55, 60-64, 102
- D** _____
- Dépenses alimentaires : 63
- Dépenses d'obsèques : 63
- Dépenses de santé : 43, 47, 55-56, 59, 61-62, 72, 95-96, 98, 103, 105-106, 121
- Dépistage : 8, 13, 16-17, 19, 22, 24, 27-28, 30-33, 36, 42, 70-71, 75-76, 78-79, 85-86
- Dhaka : 10, 85, 132, 142, 148
- Discrimination : 6, 65, 73, 88
- Djakarta : 8
- Djibouti : 1-2, 13-21, 24, 29-31, 37-38, 42-44, 56, 60-61, 65, 69-71, 73-74, 76, 78-82, 89, 104, 108, 126-127, 134, 137-138, 141, 145-146, 149-151, 153-155, 157-158, 160-163
- Donateurs bilatéraux : 1-2, 79, 81, 92
- Données épidémiologiques : 59

Donneurs de sang : 8-9, 16, 18, 21-24, 36, 42
 Drogue : 7, 28, 34, 41, 45, 74, 78, 85, 88, 92, 100, 107

E

Échantillonnage : 10, 18, 27, 32, 36, 85
 Éducation : 7, 26, 28, 31, 36-38, 40, 43-45, 51, 54-55, 62-63, 65, 67, 70, 73, 75-76, 78, 87-88, 92
 Égypte : 1-2, 16-17, 19-21, 24, 26-28, 30, 32-33, 36, 38-42, 56, 70-73, 75, 79, 104
 Émirats arabes unis : 19-20, 26, 38, 68
 EMRO : 1-2, 13, 15-16, 24, 27, 29, 34, 36, 38, 42, 71, 77-78, 90, 136-137, 141, 159-160
 Enquêtes : 7-8, 10, 18-20, 22, 38-39, 45, 67, 83, 91
 Épidémies : 4-5, 14, 18-22, 24, 26, 47, 51, 54, 81, 96
 Espérance de vie : 6, 48, 52, 54
 États du Golfe : 14, 17, 26, 34, 73
 Ethiopie : 17-18, 35-36
 Évaluation : 18, 27-29, 32, 35, 47, 70, 72, 76, 78-79, 90, 92, 150

F

Facteurs de risque : 2, 4, 25, 27-29, 31, 33, 35, 37, 39, 41, 43, 45, 73, 82
 Facteurs structurels : 2, 43, 46, 89, 92
 Family Health International : 4-5, 7-8, 10, 18, 24, 38-39, 42, 45, 75, 87, 137, 140, 144
 Femmes : 3-4, 6, 10-11, 19, 21-22, 24, 28-31, 34-38, 40-46, 48-52, 71, 76, 84, 88, 91, 94-95, 100-101, 107
 GFATM : 42, 90, 138-139

G-H

Groupes à risque : 2, 4, 10-11, 13, 18-22, 24-25, 41-42, 52, 91, 100, 106
 Groupes vulnérables : 33, 67, 78
 Hépatite C : 16
 Héroïne : 22, 26-28

Homosexualité : 32, 85
 Homosexuels : 10, 17, 21-25, 28, 31-32, 42, 84-85

I

IDU : 2, 5, 7, 17, 21-25, 27-29, 56, 66, 75, 85-86, 96, 101, 105-107, 124
 Impacts économiques : 47, 49, 53-56, 57, 59, 61, 63, 65, 67, 102-103, 106
 Inde : 7, 22, 36, 45, 48, 61-62, 81
 Indicateurs : 4, 21-22, 24, 41, 43-44, 48-50, 93
 Indice du développement humain : 43-44
 Indonésie : 5, 8-9, 84, 88
 Inégalité des sexes : 40, 45, 50-51, 78, 83
 Infections opportunistes : 70-71
 Institutions : 43, 65, 79
 Irak : 2, 15, 19-20, 22
 Iran : 2, 13-16, 19-20, 22, 24, 26-30, 33, 35, 41, 44, 56, 60, 70-71, 73-76, 82, 86, 104, 108, 126-127, 130-131, 135, 140, 142, 146-150, 155, 158, 161-163

J-K

Jordanie : 2, 15, 19-20, 22, 24, 26-27, 32-33, 36, 38-39, 42, 44-45, 56-57, 59-60, 70-71, 73-74, 79, 87, 104, 107-108, 126-127
 Katmandou : 5, 7
 Koweït : 2, 14, 19-20, 22, 26-27, 32, 38, 44-45, 60, 68

L

Liban : 2, 15, 17, 19-20, 22, 26-27, 30, 32-34, 38, 42, 44, 56, 60, 69-71, 73-74, 76, 82, 87, 104, 108, 126-127
 Libye : 2, 14-16, 19-20, 26-27, 33-35, 44
 Lutte contre la pauvreté : 62
 Lutte contre le sida : 3, 5, 13, 15, 21-22, 24, 26-28, 32, 35, 38, 42, 44, 55, 64, 66, 69, 71, 73-74, 77-83, 85, 89, 91-92, 137-138

M-N

Main-d'œuvre : 86, 95, 97-98, 103-104
 Maroc : 2, 15, 17, 19-20, 23, 26-27, 30, 32-35, 37-39, 42, 44, 56, 60-61, 69-71, 73, 80-82, 84-85, 104, 106, 108, 126-127, 138
 Mauritanie : 35
 Médias : 45, 70, 73, 78, 91
 Morbidité : 13, 53
 Mortalité : 33, 43-44, 48, 53-54
 MST : 3-5, 7, 16-19, 21-24, 29-31, 35, 37, 39, 41-43, 45-46, 51, 56-58, 65, 70-71, 76-77, 79, 84-87, 91, 99-102, 105, 107, 128, 137, 145
 Népal : 5, 7
 Nombre de cas : 15, 35, 89

O-P

OIM : 35, 37, 86
 Oman : 13-16, 19-20, 23, 27, 32, 34, 36, 38, 42, 44, 60, 68, 70-72, 87, 131, 146, 153, 156, 158, 160
 OMS : 1, 3, 11, 13-19, 21-22, 24, 27, 29, 34, 36, 38, 41-42, 68-69, 71, 77-78, 90
 OMS/EMRO : 15-16, 24, 27, 29, 34, 36, 38, 42, 71, 77-78, 90
 ONG : 9, 37, 69, 74-79, 81-82, 84, 89-90, 92
 ONU : 1-2, 6, 73, 77, 81-82, 91-92
 Opium : 26-28
 Orphelins : 6, 54, 88, 95
 Pakistan : 32, 34-36, 143
 Paramètres économiques : 102-104
 Partage des seringues : 7, 56, 58, 100, 105, 124-125
 Pauvreté : 33, 37, 44, 46-47, 49-50, 62-64
 Pertes de bien-être : 98
 PIB : 44, 48, 56, 59-65, 67-68, 72, 93-96, 98, 104-106, 109, 112, 125-128
 Planification multi-sectorielle : 89, 92
 Planification stratégique : 70, 78, 82
 Planning familial : 10, 38, 42, 83, 147

PNUD : 41, 44, 69, 74, 78, 150
 Police : 17, 84-85
 Population : 4-5, 7-11, 13-16, 19, 21-22, 24, 27-28, 30-36, 38-40, 42-43, 46, 48, 50-53, 56, 58-61, 65, 69, 72-73, 75-76, 78, 83, 85-90, 92-95, 97-98, 100-103, 106-108, 115, 126-127, 129-139, 148-150, 157-158, 160, 163
 Population active : 48, 50-53, 56, 60, 93, 95, 97-98, 102-103, 115
 Population rurale : 72
 Populations non-visibles : 84
 Préservatifs : 8, 22, 32, 39, 41, 44-45, 56-58, 65-66, 76, 78, 85-88, 91, 96, 105, 124-125, 128
 Prévalence du sida : 1, 4-5, 48-52, 54-56, 59-60, 67, 93, 97-98, 101-103, 106, 118
 Prévalence du VIH : 3, 7-9, 17, 21-22, 24, 27, 30, 32, 36, 44, 48-49, 51-52, 71, 81, 85, 93
 Prévention : 1, 4, 6-7, 9, 11, 16, 19, 24-26, 28-29, 31-34, 36-37, 40-41, 43-44, 46, 49, 65, 69-70, 72, 77-78, 81-92, 98, 133, 145, 147, 150
 Priorité : 3-4, 37, 81, 83, 91
 Prison : 43, 85
 Prisonniers : 6
 Productivité : 53, 56, 59, 64, 68, 95-98, 103, 105-106
 Programmation : 9, 124
 Programmes : 2-4, 6-10, 13, 19-22, 24-26, 28-29, 33, 36-37, 41, 44, 46, 67, 69, 71, 73-75, 77-84, 86, 88-92
 Propagation : 1-3, 6-7, 16, 21-22, 24, 26, 29-31, 34-36, 43, 48-51, 56-59, 61, 67, 70, 78, 81, 87, 95, 99-100, 102, 105-106

Q-R

Qatar : 2, 14-15, 19-20, 23, 26, 32, 44, 60, 68, 156
 Recherche sociale : 83
 Recommandations : 2, 20, 83, 91, 154

Réfugiés : 7, 17-18, 21, 23, 30, 33, 35, 41, 43, 86, 91

Réseau régional : 74, 90

S

Santé de la reproduction : 10, 40, 65, 71, 73-75, 83-84, 88, 91, 132

Secteur privé : 14, 41, 70-71, 76-77

Secteur public : 70-71

Sécurisation du sang : 69, 71

Sénégal : 81, 88

Seringues : 2, 5, 7, 17-18, 24, 56-58, 65-66, 74, 100-101, 105, 124-125

Services de santé : 6, 35-36, 43, 54, 61, 63, 70, 74, 76, 128

Sexualité : 10, 19, 22-23, 33-34, 38, 40, 75, 83, 91-92

Somalie : 2, 15, 19-20, 23, 35, 38, 70, 89

Soudan : 2, 14, 19-20, 23, 35-36, 38, 69-70, 73-74, 80-81, 89

Stratégies : 25, 30, 56, 79, 85-86, 103

Surveillance : 1, 3-5, 7-11, 13, 16-20, 22-23, 26-27, 35, 47, 52, 67, 69-70, 74, 77, 85-87, 90-91, 133-135, 142, 148, 150, 153, 155, 159-160

Syphilis : 19, 21-23, 42, 85, 163

Syrie : 2, 15, 19-20, 24, 26, 30, 32, 34, 38, 42, 44, 70-71, 74

T-U

Touristes : 33, 36, 86

Toxicomanes : 2, 5, 7-8, 17-18, 22, 25-29, 33, 42, 46, 56-57, 66, 74, 78, 99-100, 105, 128

Traitement : 5, 16-17, 19, 21-22, 27-31, 41-42, 55, 61, 65, 70, 72, 74-77, 79, 84-85, 89, 91-92, 97-99, 105-106, 128

Transmission : 16-17, 21-24, 27-29, 32, 45, 70-71, 78, 95-96, 99-101, 107, 124, 128, 130, 136, 140-141, 143-144, 151

Transmission mère-enfant : 21-24

Tuberculose : 13, 17, 20-24, 42, 53

Tunisie : 1-2, 15, 17, 19-20, 24, 26-27, 30, 32, 34, 36-38, 40, 44, 56, 60, 69, 71, 74, 76, 79-80, 88, 104, 106, 108, 126-127, 132, 146

UNAIDS : 1, 3-4, 6, 11, 13-14, 19, 21-22, 24, 27, 36-38, 68-69, 71-74, 77-79, 86, 106, 133, 137, 153-155, 157, 160

UNESCO : 73, 78, 88, 157

UNFPA : 46, 69, 76, 78, 157

UNGASS : 84, 162

UNHCR : 35, 86, 157

UNICEF : 2, 18, 38, 41, 46, 69, 73, 78, 88, 145, 157

UNODC : 1, 18, 26, 28, 74, 77-78, 157

USAID : 5, 79, 137, 141, 158

V-Y

Vulnérabilité : 2-4, 6, 18, 25, 33, 35, 37-39, 42-43, 45-46, 62, 73, 76-78, 81, 83, 86, 91-92

Yémen : 1-2, 15, 17-20, 24, 26-27, 30, 32, 35-36, 38, 41-42, 44, 56, 60, 66, 70-73, 76, 86-87, 104, 108, 126-127

Des récentes observations indiquent que dans la région Moyen-Orient /Afrique du Nord /Méditerranée orientale, la prévalence du sida est en hausse, et que le nombre total de décès dus au sida a été presque multiplié par six depuis le début des années quatre-vingt-dix. Bien que ce chiffre soit faible comparé à ceux de l'Afrique, de l'Asie du Sud et des Antilles, une faible prévalence ne signifie pas un faible risque. La situation peut changer rapidement, et même les estimations prudentes indiquent que le sida constitue une véritable menace pour la croissance à long terme de la région.

Cet ouvrage fait le point des connaissances actuelles concernant la prévalence du sida dans la région Moyen-Orient /Afrique du Nord /Méditerranée orientale, avec pour objectif de stimuler le débat chez les responsables et décideurs politiques. Dans les autres régions, des investissements réalisés suffisamment tôt dans une bonne surveillance et des programmes de prévention efficaces se sont révélés être relativement rentables par rapport aux coûts que représente une épidémie non réfrénée. Comme l'expliquent les auteurs, c'est maintenant qu'il faut agir, pendant que les niveaux de prévalence sont encore faibles. Dans cette optique, ils formulent des recommandations spécifiques et proposent les meilleures méthodes et études de cas disponibles dans le monde.

Cet ouvrage a été produit par le Programme commun des Nations Unies contre le sida (UNAIDS), l'Organisation mondiale pour la santé (Bureau régional pour la Méditerranée orientale) et la Banque mondiale. Il intéressera plus particulièrement les personnes qui s'occupent de santé publique, de politique sociale et de développement économique, ainsi que les étudiants et universitaires de la région concernée.



UNAIDS
UNICEF • UNDP • UNFPA • UNDCP
ILO • UNESCO • WHO • WORLD BANK



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



BANQUE MONDIALE

1818 H Street NW
Washington DC 20433 Etats-Unis d'Amérique
Téléphone : 202 477 1234 - Télécopie : 202 477 6391
Site web : <http://www.worldbank.org>
email : feedback@worldbank.org



EDITIONS ESKA

12, rue du Quatre-Septembre, 75002 Paris
Téléphone : 01 42 86 55 73 - Télécopie : 01 42 60 45 35
<http://www.eska.fr> email : eska@eska.fr

ISBN 274720644-0



9 782747 206440