



aidspace



Le Fonds Mondial et la région MENA: Un rapport régional d'Aidspace 2015



Droits d'auteurs © Mars 2015 par Aidspan.
Tous les droits réservés

Auteurs et remerciements

Ce rapport est l'aboutissement d'un travail collectif impliquant toute l'équipe d'Aidspan. Le projet a été dirigé et coordonné par Lauren Gelfand, rédactrice en chef d'Aidspan, avec le soutien de Kate Macintyre. Stéphanie Braquehais et Robert Bourgoing ont fourni les textes et les images, et les données et statistiques ont été rassemblées par Kelvin Kinyua, Cléopâtre Mugyenti, Illah Evance et Brian Mwangi. Les infographies ont été réalisées par Internews Kenya (internewskenya.org).

Nous avons tenu compte des commentaires de la Division de la gestion des subventions du Secrétariat du Fonds Mondial dirigée par le directeur du département de la région MENA, Joseph Serutoke. Nous les remercions pour leurs contributions mais tenons à signaler que nous sommes les seuls responsables des erreurs qui pourraient subsister.

Préface

Aidspan (www.aidspan.org) est une ONG internationale basée à Nairobi, au Kenya, dont la mission est de renforcer l'efficacité du Fonds mondial. Aidspan agit comme un observateur indépendant du Fonds et fournit des services qui peuvent profiter à tous les pays désireux d'obtenir un financement du Fonds Mondial et en faire un usage efficace.

Ce rapport régional est le premier du genre publié par Aidspan. Il vise à fournir aux partenaires, aux activistes et à toutes les parties prenantes des informations comparatives afin de leur permettre de mesurer plus facilement les progrès réalisés par leurs pays et de mieux comprendre les programmes du Fonds mondial dans la région.

D'autres rapports et analyses, ainsi que des guides sur les différents volets du fonctionnement du Fonds mondial sont disponibles sur www.aidspan.org/page/research et www.aidspan.org/page/guides-global-fund.

Aidspan publie des nouvelles, des analyses et des commentaires sur le Fonds Mondial dans son bulletin d'information bimensuel, L'Observateur indépendant du Fonds mondial, disponible par abonnement gratuit sur le site Internet d'Aidspan. www.aidspan.org

Aidspan se finance grâce à des subventions des gouvernements et des fondations. Aidspan n'accepte aucun financement de la part du Fonds mondial.

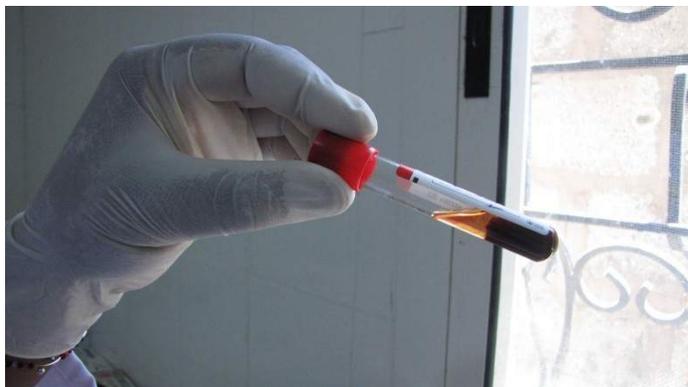
Abréviations :

ALCS	Association de lutte contre le sida (Maroc)
TAR	Traitement antirétroviral
ARV	Médicaments antirétroviraux
ICN	Instance de coordination nationale
PIB	Produit intérieur brut
RNB	Revenu national brut
PDIP	Personnes déplacées à l'intérieur du pays
CDI	Consommateurs de drogues injectables
MIILD	Moustiquaire imprégnée d'insecticide longue durée
OMD	Objectif du millénaire pour le développement
TB-MR	Tuberculose multi-résistante
MENA	Moyen-Orient et Afrique du Nord
MENAHRA	Association du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord pour la réduction des risques et des méfaits
HSH	Hommes ayant des rapports homosexuels
NMF	Nouveau modèle de financement
TSO	Traitement de substitution aux opiacées
PMTCT	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
CTEP	Comité technique d'examen des propositions
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) des Nations Unies
OMS	Organisation mondiale de la santé

INTRODUCTION

D'après le système de classification du Fonds Mondial qui prend en compte la charge de morbidité et la capacité de payer en matière de prévention, de soins et de traitement, la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA) comprend une quinzaine de pays. Si chacun d'entre eux a un profil unique sur les plans démographique, culturel, religieux et socio-économique, il existe un certain degré de similarité dans leur politique de santé publique concernant le SIDA, le paludisme et la tuberculose. Dans la plupart de ces pays, les épidémies de VIH sont concentrées au sein des groupes vulnérables et les ressources ne suffisent pas pour répondre à leurs besoins particuliers. Certains de ces États - le Soudan du Sud, la Somalie et la Syrie – sont dans des situations de conflit ou de post-conflit qui limitent l'accès aux soins pour les populations les plus touchées. D'autres, comme le Yémen, la bande de Gaza ou la Cisjordanie, sont en conflit larvé ou tentent de se reconstruire à l'instar de l'Irak dont le système de santé a été réduit en cendres après plus d'une décennie de conflit.

Tous ces pays font également partie d'une initiative régionale appelée MENAHRA (Association du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord pour la réduction des risques) qui œuvre pour le changement des comportements auprès des usagers de drogues par injection afin de prévenir la transmission du VIH.



Credit photo Robert Bourgoing

Depuis 2002, les pays de la région MENA ont bénéficié de seulement 7% des 28 milliards de dollars versés par le Fonds Mondial. Un taux resté stable dans le cadre des allocations aux pays annoncées en mars 2014. Avec le nouveau modèle de financement, les critères d'admissibilité comprennent désormais la charge de morbidité et la capacité de payer. Les pays qui sont généralement inclus dans la région MENA comme le Soudan ont été reclassés par le Fonds Mondial dans les pays à fort impact et ne figurent donc pas dans ce calcul. Certains pays se sont vus attribuer des enveloppes plus modestes qu'auparavant, en raison de leur classification économique; d'autres ne sont plus admissibles, comme l'Irak qui, en phase de transition, reçoit des montants relativement faibles.

Indépendamment de la somme allouée, tous les pays sont invités à élaborer des notes conceptuelles solides qui les aideront à atteindre les objectifs fixés dans leurs plans stratégiques nationaux. Pour obtenir une réponse affirmative, l'accent devra être mis sur les populations clés et sur la question des droits de l'homme qui joue un rôle crucial tant sur le système de santé que sur l'environnement socio-culturel.

Combattre les inégalités de genre, la discrimination institutionnalisée contre les populations vulnérables et la répression de comportements jugés « anormaux » au sein des sociétés conservatrices est une priorité du Fonds Mondial. Au niveau régional et national, le non-respect des droits de l'homme peut réduire l'efficacité des programmes de santé et constitue un indicateur décisif pour juger de l'impact en matière de prévention, et de traitement et de soins. La discrimination institutionnalisée et la stigmatisation signifient que les femmes sont réticentes à subir un test de dépistage du VIH ou à se faire soigner contre la tuberculose, que des



Credit photo Georgina Cranston/IRIN

Des pays comme la Jordanie et le Maroc qui n'ont pas été touchés par la vague de soulèvements dits du Printemps Arabe ont connu peu de bouleversements dans leurs systèmes de santé. L'Égypte gère les conséquences du renversement d'un régime autocratique qui, au-delà de la dimension politique était parvenu pendant des décennies à assurer un service au plus grand nombre.

La région inclut également Djibouti – peu connu au-delà de son importance stratégique, de l'afflux de l'aide militaire et du soutien important apporté aux services publics - et l'Érythrée, un pays qui muselle la société civile et les médias, mais qui déploie une énergie exemplaire pour lutter contre les maladies infectieuses et qui a mis en place un système de remontée de l'information très rigoureux.

Enfin, la région MENA comprend l'Algérie, qui depuis 2008 ne bénéficiait plus de l'aide directe du Fonds Mondial mais qui est redevenu admissible dans le cadre du nouveau modèle de financement en raison de la concentration de son épidémie de VIH.

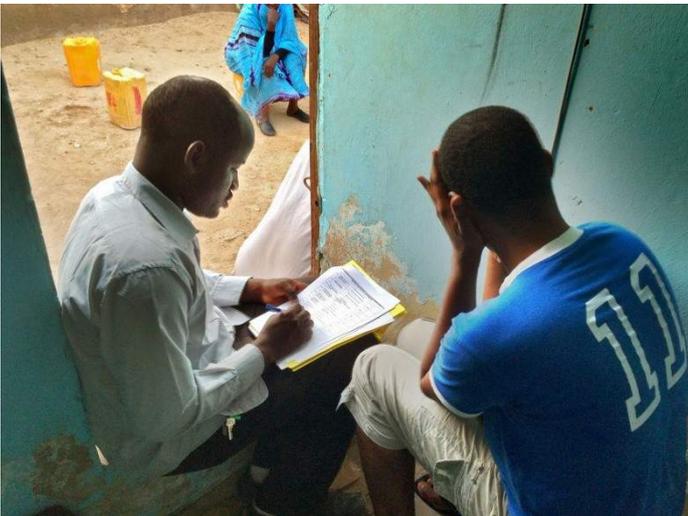
enfants séropositifs ne vont pas souvent à l'école et que des homosexuels ne se protègent pas lors de rapports sexuels occasionnels, augmentant ainsi le nombre de personnes à risque. Cela signifie aussi que les usagers de drogues par injection, qui vivent dans la clandestinité, partagent les mêmes seringues et n'appellent pas à l'aide si l'un d'entre eux fait une overdose de crainte de se faire arrêter. Par ailleurs, peu d'informations sont disponibles sur les transsexuels dans la région MENA.

Les pays de la région MENA sont confrontés à des problèmes épineux comme l'intégration et le renforcement des systèmes de santé dans un environnement post-conflit ou encore l'accès aux soins pour les populations migrantes. Les pays à faible revenu ont des carences en matière d'infrastructures et de ressources humaines et les gouvernements investissent peu pour pallier ces manques. Des progrès ont certes été réalisés dans les pays aux économies plus robustes,

bio-comportementales afin de mieux cibler les interventions reste aigü.

Ce rapport vise à donner un aperçu à un moment particulier de l'impact du Fonds mondial dans chaque pays et à détailler la charge de morbidité des trois maladies. Les données mentionnées dans le rapport ont été recueillies auprès de sources fiables, (ONUSIDA, OMS et Fonds mondial). Les citations sont sourcées autant que cela est possible. Dans dix des quinze pays de la région MENA, nous avons choisi de mettre l'accent sur des histoires humaines en dressant des portraits d'agents de santé ou de bénéficiaires. Nous avons également inclu des graphiques qui détaillent les performances de chaque pays par composante de maladie, et leur situation par rapport à la région. Ces graphiques se fondent sur les données du Fonds mondial qui évalue la manière dont un pays dépense les subventions qu'il reçoit pour chaque composante de maladie.

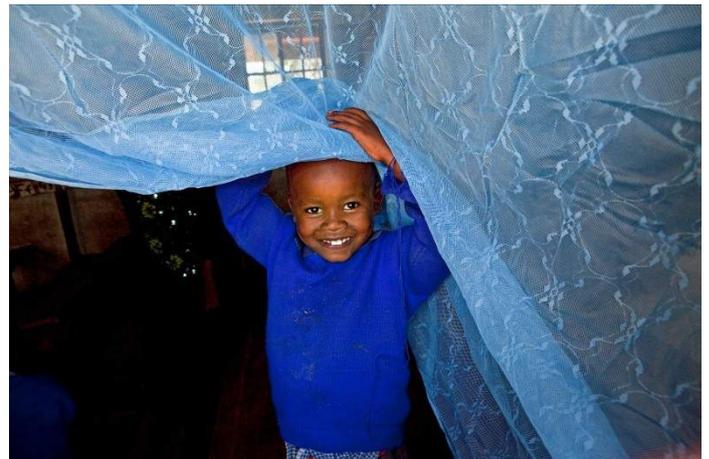
Enfin, ce rapport vise à identifier les obstacles que les pays de la région MENA doivent surmonter et mettre en évidence les outils innovants qu'ils utilisent pour



Crédit photo Robert Bourgoing

mais ils ont surtout eu lieu en zone urbaine et non dans les régions rurales reculées où la maladie passe souvent inaperçue. Les zones urbaines accueillent de plus en plus de réfugiés qui fuient les guerres ou des situations économiques désastreuses. Lorsque les moyens sont limités, voire inexistantes, très peu de ressources sont consacrées aux besoins de ces migrants ce qui constitue une menace sérieuse pour la santé publique.

Ces défis ne peuvent être relevés qu'en se basant sur des données fiables et crédibles. Des progrès notables ont été réalisés dans certains pays, même s'ils sont plus souvent dûs à une coopération avec des partenaires techniques internationaux qu'à un engagement au niveau national pour améliorer la gestion des données. Des systèmes de données électroniques sont peu à peu introduits et des enquêtes à l'échelle nationale pour actualiser les indicateurs clefs sont menées plus régulièrement. Mais la nécessité de réaliser des études



Crédit photo Georgina Goodwin /Vestergaard Frandsen



Independent observer
of the Global Fund



ALGÉRIE

Une épidémie concentrée

Après sept ans, l'Algérie est de retour dans l'écologie du Fonds mondial.



Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure ayant un faible taux de prévalence du VIH, l'Algérie n'a pas été jugée admissible à l'aide du Fonds mondial à la fin de la subvention multisectorielle en 2008. Cependant, la mise en évidence récente d'une inquiétante concentration de l'épidémie au sein des populations clés, travailleuses du sexe, migrants économiques et chauffeurs routiers a permis à ce pays d'Afrique du Nord de bénéficier à nouveau des ressources du Fonds mondial pour lutter contre le VIH qui seront gérées par le réseau de la société civile qui mène une action de longue date auprès de ces populations.

Parmi les difficultés à lutter contre la maladie, la collecte de données fiables. La chute des prix du pétrole a frappé cette économie tributaire des ressources naturelles, ce qui grève les dépenses publiques et risque d'affecter le secteur de la santé en termes de recrutement et de formation des agents de santé.

Une lueur d'espoir réside dans la réhabilitation de 14 hôpitaux universitaires dans le pays. Si ces établissements sont rénovés aux normes internationales, comme l'a exigé le gouvernement, ils pourraient disposer des ressources permettant de combler les besoins en matière de diagnostic et d'aide psychologique sur le VIH.

VIH

Selon les estimations publiées en 2013 par l'ONUSIDA, le nombre de cas confirmés s'élevait à 25 000, soit un taux de prévalence d'environ 0,1% dans la population générale. Cinquante-quatre pour cent des personnes contaminées sont des femmes. Le nombre de nouveaux cas confirmés chaque année est inférieur à 1 000. Au sein des populations clés, les taux de contamination se situent à 10,4% chez les travailleuses du sexe et à 12,5% chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes.

Le plan national stratégique du pays (2013-2015) visait à se rapprocher du sixième objectif du Millénaire pour le développement : arrêter la transmission de la maladie et accroître le nombre de personnes sous traitement. Actuellement, le nombre de patients sous traitement antirétroviral s'élève à 5 292 : soit un tiers de ceux qui en ont besoin.



Crédit photo UNAIDS

Le Fonds mondial

La fin du soutien du Fonds mondial à l'Algérie en 2008 s'est accompagnée du démantèlement de toutes les structures existant pour la mise en œuvre de la subvention. Les pourparlers ont donc été entrepris entre le Fonds et le programme national ainsi que les parties prenantes non gouvernementales pour reconstituer une instance de coordination nationale, incluant les membres représentant les populations clés et les personnes vivant avec la maladie. Dans le cadre du nouveau modèle de financement, une somme 6,5 millions de dollars a été allouée au pays.

Algérie et le Fonds Mondial

Disease component	Number of Grants since 2010	Amount disbursed (2010 – 2013)	Amount available in existing grants	Amount Additional funding under NFM	Total Allocation available (2014 – 2017)
VIH	1	(\$28,208)	\$0	\$6,533,577	\$6,533,577

Statistiques générales Algérie

General Statistics/ Year	1997/8*	2013*
Total population	31 million	39 million
GNI (per capita) PPP current international \$	\$7060 (98)	\$13070
Under 5 mortality / 1000 live birth	41/1000	25/1000
Life Expectancy	69 years	71 years
Human Development Index (medium HDI - country) Rank	.634 (2000) Rank	.717 Rank 93

* or nearest year.

La société civile, maillon fort de la riposte au VIH en Algérie

À Oran, sur la côte méditerranéenne de l'Algérie, l'un des buts affichés de l'association de protection contre le Sida, (APCS) est de promouvoir une plus grande solidarité parmi les populations vulnérables au VIH. Depuis 1998, cette ONG est impliquée dans la lutte contre les discriminations à l'encontre des personnes séropositives et des communautés les plus exposées aux risques de transmission. Parmi ses actions, explique son président Abdelaziz Tadjeddine, l'APCS vise à « former des groupes de parole pour améliorer l'estime de soi, lutter contre la culpabilisation ou encore sensibiliser les imams pour qu'ils véhiculent des messages de respect et de tolérance. » L'engagement de cette organisation non gouvernementale, comme de nombreuses autres en Algérie, illustre le rôle crucial de la société civile dans la lutte contre le VIH.



Crédit photo UNAIDS

Alors que la prévalence reste faible dans la population générale (0,1%), l'épidémie est principalement concentrée chez les travailleuses du sexe 10,4% et les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes 12,5%, d'après le rapport Onusida sur les écarts, 2014 (http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf). Pour approcher ces populations clés, les ONG, grâce à leur travail de terrain, se révèlent incontournables afin de développer des liens de confiance et contourner les tabous. Du coup, selon Adel Zeddama, directeur Onusida interviewé par Aidsplan, « la somme allouée à l'Algérie par le Fonds Mondial dans le cadre du nouveau modèle de financement (NMF) sera principalement destinée aux actions mise en œuvre par la société civile. »

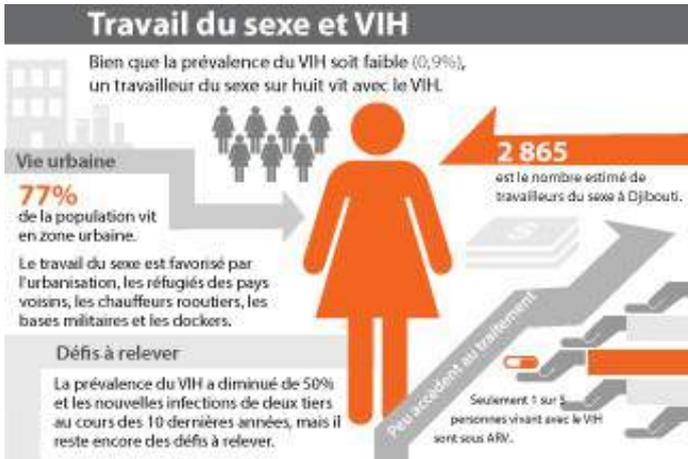
Une subvention du Fonds Mondial à hauteur de 6,9 millions de dollars s'est en effet achevée en 2008 mais des négociations sont en cours dans le cadre du NMF pour lequel l'Algérie est éligible à hauteur de 6,5 millions de dollars pour la période 2014-2017.

Adel Zeddama explique que, depuis 2011, la production de données de qualité sur l'épidémie grâce aux rapports des programmes de proximité, aux données des centres de dépistage et à une enquête intégrée de surveillance comportementale et biologique sur les travailleuses du sexe, a conduit à reclassifier l'épidémie comme épidémie « concentrée », ce qui a permis à l'Algérie d'être à nouveau éligible. « Depuis plus de 3 ans, affirme-t-il, le système de collecte de données a été renforcé. Les résultats des divers programmes alimentent la base de données nationale qui utilise également les données des centres de dépistage, les notifications des cas du laboratoire national de référence ainsi que les données de la file active des centres de traitement. Toutefois des efforts doivent être fournis pour améliorer davantage la connaissance de l'épidémie afin de d'améliorer le ciblage de populations clés et de réduire les nouvelles infections dans ces groupes. »

En novembre 2014, des discussions en marge d'une réunion Onusida ont eu lieu à Alger entre le Fonds Mondial, le ministère de la Santé et la société civile, une prise de contact afin d'engager des discussions qui seront prolongées dès le début 2015. Parmi les sujets abordés, la constitution d'une instance de coordination nationale qui soit inclusive et suffisamment robuste pour assurer la mise en œuvre de la subvention. Etant donné le profil de l'épidémie en Algérie et l'orientation que le pays souhaite donner à la subvention, la représentation des populations vulnérables, de la société civile et des personnes vivant avec le VIH, au sein de l'instance de coordination nationale fait également partie des priorités.



DJIBOUTI



Le Djibouti est un pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure situé à la pointe de la Corne de l'Afrique. Avec une forte présence militaire sur son territoire, (notamment française et américaine), il occupe une position stratégique dans la lutte contre l'instabilité dans la région.

Le pays attire beaucoup de migrants économiques et politiques dont un grand nombre vit aux alentours du port, ainsi qu'une population itinérante. Ils sont, du fait de la pauvreté, de la mobilité et de la faible sensibilisation sur les comportements à risque, les principaux vecteurs de la maladie.

Considéré comme un pays prioritaire pour la co-morbidité du VIH et de la tuberculose, Djibouti connaît un fort paludisme et une épidémie concentrée de VIH -- principalement au sein des populations itinérantes et des travailleuses du sexe.

VIH

Le taux de prévalence du VIH au sein de la population générale est de 1,15%, soit environ 7 261 cas confirmés, selon ONUSIDA. Les travailleuses du sexe et leurs partenaires sont responsables d'environ 22% des les nouveaux cas de VIH. Les efforts de prévention sont axés essentiellement sur les jeunes ainsi que les travailleuses du sexe et leurs partenaires - y compris les chauffeurs routiers longue distance qui sillonnent l'Afrique de l'Est.

La riposte nationale au VIH de Djibouti s'appuie largement sur les partenaires internationaux, s'efforce d'avoir une approche globale et d'inclure la société civile, en particulier les entités qui travaillent avec les populations se livrant à des comportements à risque.

À cause des difficultés de financement, le nombre de femmes sous antirétroviraux et dont les nouveau-nés sont aussi sous traitement antirétroviral est très faible.

Tuberculose

En 2012, on estimait la prévalence de la tuberculose à 890 pour 100 000 au Djibouti, avec près de 3 500 nouveaux cas évolutifs et cas de rechute, mais ce pays n'est pas prioritaire pour la tuberculose multirésistante. Les modes migratoires, en particulier liés au corridor reliant le pays à l'Éthiopie, ont compliqué la fourniture de services de lutte contre la tuberculose.



Paludisme

Le cycle du paludisme est irrégulier, des épidémies ayant refait surface en 2013 et 2014. Le pays est au stade du contrôle de la lutte contre le paludisme et 872 000 personnes couraient le risque de contracter la maladie en 2013 selon l'OMS.



Le Fonds mondial

Djibouti a connu des interruptions dans le décaissement des subventions du Fonds mondial, ce qui a porté un coup à la continuité des interventions. Une somme de 6 millions de dollars a été allouée au pays pour lutter contre le VIH, 6,4 millions de dollars contre la tuberculose et 7,8 millions de dollars contre le paludisme dans le cadre du nouveau modèle de financement.

Djibouti et le Fonds mondial

Disease component	Number of Grants since 2010	Amount disbursed (2010 – 2013)	Amount available in existing grants	Amount Additional funding under NFM	Total Allocation available (2014 – 2017)
VIH	2	\$7,461,584.92	\$1,843,129.26	\$4,110,723.27	\$5,953,852.53
Tuberculose	1	\$1,698,267.68	\$6,401,665.86	\$0	\$6,401,665.86
Paludisme	1	\$304,142.00	\$7,794,954.48	\$0	\$7,794,954.48

Statistiques générales Djibouti

General Statistics/ Year	1997/8*	2013*
Total population	.7 million	.9 million
GNI (per capita) PPP current international \$	\$1630	\$ –
Under 5 mortality / 1000 live birth	105/1000	70 (2012)
Life Expectancy	57 years	62 years
Human Development Index (medium HDI - country)	– Rank	.467 Rank 170

* or nearest year.

A Djibouti, les « makalifs » sont plus exposées au VIH

« La jeune fille, âgée de 23 ans, a divorcé. Son mari l'a chassée de chez lui, elle et son bébé d'un mois et demi. Par l'intermédiaire d'amies proches, elle s'est mise à la prostitution. Elle n'a pas pensé à utiliser des préservatifs et s'est retrouvée séropositive en l'espace d'un mois. » Interviewée par Aidsplan, Zamzam Abdillah, assistante technique pour la Planification et le Suivi du programme VIH à Djibouti, reste marquée par cette histoire dont elle a pris connaissance dans le cadre de « l'enquête intégrée de surveillance comportementale et biologique relative aux professionnelles du sexe (PS) et les conducteurs de camion longue distance à Djibouti-ville ».



Credit photo Didier Ruef

D'après cette étude conduite en 2014, la prévalence VIH des travailleuses du sexe est beaucoup plus élevée que la moyenne nationale : 13% contre 0,9% (UNAIDS 2013 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf).

Divorce, grossesse précoce, viol, situation irrégulière sont les causes les plus courantes du passage à la prostitution, souvent déclenchée par une exclusion initiale (familiale, matrimoniale). Selon le rapport ONUSIDA daté de 2011 (« analyse de la situation des groupes prioritaires pour la prévention combinée au VIH à Djibouti »), celles qu'on appelle « makalifs » (femmes sans mari, celles qui font comme elles peuvent pour subsister) deviennent ainsi plus facilement exposées aux abus et à l'opprobre ce qui les pousse paradoxalement à recourir au travail du sexe pour pouvoir survivre.

Si la pratique est officiellement illégale à Djibouti, elle est cependant tolérée. D'après les estimations, 2390 femmes pratiquent cette activité dans 82 « points-chauds » de la capitale, principalement concentrés dans les quartiers 1 et 2 (bars et discothèques du centre-ville), mais également le quartier 4 (plus populaire). Parmi ces professionnelles du sexe (PS) il existe une hiérarchie entre les « escortes » qui peuvent exiger 5000 FD pour une passe (un peu moins de 30 dollars), les « serveuses de bar » (3000 FD soit 16 dollars), et les « professionnelles du sexe clandestines ou occasionnelles » des quartiers populaires (1500 FD, soit 8 dollars). Les femmes migrantes et réfugiées (éthiopiennes ou somaliennes) forment un groupe à part, encore plus prioritaire (car moins informé) et difficile à atteindre. Plus les femmes sont dans une situation de précarité, moins l'usage du préservatif est régulier, comme le souligne le rapport Onusida (2011), qui recommande de « réactiver le système et les filières de distribution de préservatifs. » Une priorité soulignée par Zamzam Abdillah. « Nous sommes en train d'élaborer une note conceptuelle avec le Fonds Mondial dans laquelle un module sur les professionnelles du sexe a été intégré. Nous insistons sur la priorité à donner à la distribution et à la disponibilité des préservatifs, ainsi qu'à l'accès à la prévention par l'intermédiaire d'éducateurs spécialement formés sur la thématique. » Parmi les autres améliorations en cours, une réflexion est engagée dans le cadre du nouveau modèle de financement du Fonds Mondial afin de mettre en place « un système unique et fonctionnel de suivi et d'évaluation », ainsi que le souligne le rapport 2014 sur la riposte nationale du VIH à Djibouti (voir le rapport ONUSIDA 2014: <http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/file%2C94488%2Cfr..pdf>).



ÉGYPTE



L'Égypte est un pays en transition avec un système de soins de santé qui n'est pas à la hauteur des besoins. Les établissements de service de santé publique qui emploient des professionnels bien formés sont gérés par les ministères, l'armée et la police ainsi que par des organisations confessionnelles et communautaires.

Les inégalités régionales sont toutefois prononcées, la Haute-Égypte étant nettement moins développée et présentant une pauvreté plus marquée que la Basse-Égypte. Le pays est très urbanisé, ce qui entraîne une surpopulation des villes qui risquent de devenir des foyers de transmission de la maladie, en particulier la tuberculose.

Malgré les difficultés politiques connues ces dernières années, le pays progresse vers la couverture universelle. Le projet est mené par le ministère de la santé et de la population qui s'appuie sur l'infrastructure solide des soins de santé primaires déjà en place. Le personnel compétent et bien formé suscite la convoitise de ses voisins. Mais comme le reste de l'Afrique du Nord, l'Égypte fait face à de nombreux défis comme l'inégalité d'accès aux soins ainsi que le manque d'harmonisation de l'agenda national avec les priorités des bailleurs de fonds internationaux.



Crédit photo UNAIDS

VIH

On estime la prévalence du VIH dans la population générale à moins de 0,1%, mais il existe peu de données sur les populations les plus vulnérables. Les récents bouleversements socio-politiques en Égypte sont susceptibles de faire apparaître des comportements à risque et entraîner une augmentation de la morbidité du VIH. Des efforts sont faits pour consacrer plus de ressources à la réalisation d'études au sein des groupes vulnérables -- les femmes, les jeunes, les hommes en uniforme, les prisonniers et les réfugiés -- ainsi qu'au sein des populations à risque afin de mieux cibler les messages de prévention.



Tuberculose

8 183 cas de tuberculose ont été enregistrés en 2013. L'Égypte s'emploie à réduire les coûts du traitement qui s'élevaient à 1 200 dollars en 2008. En effet, la plupart des patients atteints de tuberculose sont pauvres et résident dans les zones rurales ou dans les bidonvilles. La formation des agents de santé et des techniciens de laboratoire dans la gestion et la détection des cas de tuberculose est au cœur du plan national stratégique.



Le Fonds mondial

11,1 millions de dollars ont été alloués à l'Égypte pour lutter contre la tuberculose et 7 millions de dollars contre le VIH dans le cadre du nouveau modèle de financement.

Egypte et Le Fonds mondial

Disease component	Number of Grants since 2010	Amount disbursed (2010 – 2013)	Amount available in existing grants	Amount Additional funding under NFM	Total Allocation available (2014 – 2017)
VIH	1	\$4,018,130.62	\$3,047,862.51	\$3,992,606.18	\$7,040,468.69
Tuberculose	2	\$3,694,590.65	\$5,993,557.20	\$5,061,132	\$11,054,689.00

Egypte Statistiques générales

General Statistics/ Year	1997/8*	2013*
Total population	64.1 million	82.1 million
GNI (per capita) PPP current international \$	\$5590	\$ 10790
Under 5 mortality / 1000 live birth	52/1000	22/1000
Life Expectancy	68 years	71 years
Human Development Index (medium HDI - country)	.621 (2000) Rank	.682 Rank 110

* or nearest year.

La répression contre les homosexuels en Egypte, un obstacle aux programmes de prévention contre le VIH

Début décembre 2014, un raid policier spectaculaire dans un hammam gay du Caire faisait la une des médias égyptiens. Plus d'une trentaine de clients étaient embarqués, après avoir été battus et déshabillés pour certains, dans des camions de police. Après les avoir dénoncés, une journaliste a pris le soin de filmer la rafle pour clamer une « victoire morale contre la déviance sexuelle » et dénoncer « les dessous de ces nids à sida ». Si l'homosexualité n'est pas formellement interdite dans le pays, le harcèlement des homosexuels par les forces de l'ordre et par une couverture médiatique négative est un des obstacles majeurs aux programmes de prévention du sida pour ces populations à risque chez qui se concentre l'épidémie, (5,7% pour les HSH au Caire et 5,9% à Alexandrie), la prévalence dans la population générale étant relativement faible (0,02%). Toutefois, ces chiffres ne sont guère récents. La dernière étude de surveillance biocomportementale remonte en effet à 2010 et n'a pas pu être réitérée en raison de l'instabilité politique et sécuritaire depuis la révolution en 2011.



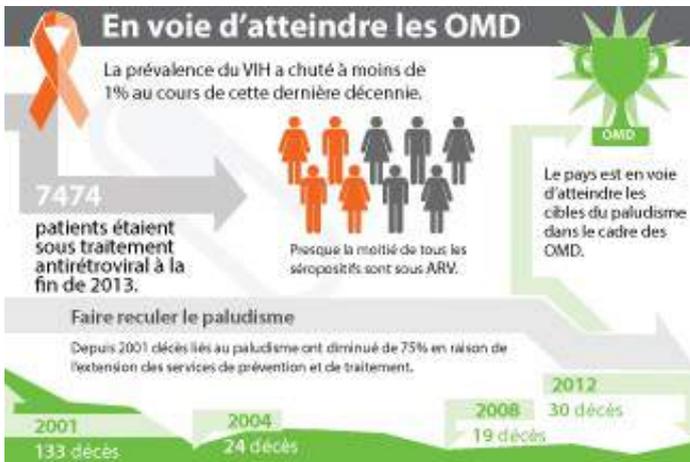
Crédit photo UNDP

« La répression actuelle pousse les homosexuels à se cacher, ce qui paralyse les efforts pour fournir des informations et des services à une population qui en a le plus besoin », affirme Ahmed Khamis, directeur ONUSIDA en Egypte. Dans une étude (en anglais) intitulée « Expérience de la stigmatisation par les personnes vivant avec le VIH en Egypte », (ESPSRH, novembre 2013), 40% des personnes interrogées ne révèlent pas leur statut VIH lorsqu'elles accèdent à des services de santé et pour la moitié de celles qui le font, le personnel soignant refuse de les prendre en charge. Les sentiments de honte, de culpabilité sont très courants et, aggravés par la répression policière, les empêchent de chercher de l'aide. « Les programmes de prévention ont développé un service juridique pour fournir des conseils et une défense à ceux qui sont harcelés par les forces de sécurité », ajoute Ahmed Khamis. L'organisation onusienne a également mis au point un modèle plus efficace et moins coûteux que les consultations dans les cliniques, par le biais d'un réseau de partenaires privés et d'équipes sur le terrain. Ceux qui acceptent de participer se voient dotés d'un « codifieur » incluant un surnom et la date de naissance qui leur donne le droit d'accéder à tous les services, sensibilisation et tests disponibles, et ce qui permet plus de confidentialité.

Le Fonds Mondial est un des contributeurs principaux dans la lutte contre le VIH. Or, depuis juillet 2013, la subvention de 10 millions d'euros a été suspendue en raison de défaillances dans sa mise en œuvre, ce qui a porté un coup sévère aux programmes et aux études en cours. La priorité, selon Ahmed Khamis est désormais de constituer une nouvelle instance de coordination nationale, plus robuste et efficace, qui correspond mieux aux exigences du Fonds Mondial et élaborer un nouveau plan national stratégique ainsi qu'une note conceptuelle pour le nouveau modèle de financement.



ÉRYTHRÉE



Si, contrairement à ses voisins, l'Erythrée a choisi de se passer des ressources de l'aide internationale, si ce ne sont les subventions de la Banque mondiale et d'une petite poignée d'autres partenaires, le pays est néanmoins parvenu à réaliser des progrès remarquables dans la lutte contre les trois maladies et à se rapprocher des objectifs du millénaire.

La prévalence du VIH diminue chaque année, et quasi 100 % des cas confirmés sont sous traitements antirétroviraux. Le paludisme est en phase de pré-élimination grâce à la combinaison de distribution de moustiquaires et de campagnes de pulvérisation dans le cadre des activités primaires de prévention.

Le renforcement du système d'information de santé et l'investissement en matière de ressources humaines demeurent les priorités du gouvernement érythréen. Cependant, ses quelques partenaires internationaux et les observateurs s'inquiètent du respect des droits de l'homme concernant les populations à risque et les personnes séropositives.

VIH

La prévalence générale du VIH est de 0,6%, pour 18 000 cas. L'observance du traitement antirétroviral est élevée en raison de la surveillance intensive assurée par le système de santé publique au niveau communautaire. Les décès annuels dus au sida ont également diminué. Il reste quelques poches de concentration de l'épidémie parmi les travailleuses du sexe et leurs clients, ainsi que les chauffeurs routiers. Chaque année, une nouvelle contamination sur cinq est celle d'un chauffeur routier.



Tuberculose

L'Erythrée a enregistré près de 3 000 cas de tuberculose en 2013. Le taux de tuberculose multirésistante avoisine 1%. La co-morbidité avec le VIH avoisine 35%. Le programme national de lutte contre la tuberculose est financé à 99% par le Fonds mondial, soit 4,6 millions de dollars en 2013. Sur le plan national, la couverture DOTS est de 100% et le taux de guérison autour de 85%. La détection des cas reste inférieure à l'objectif global de 70%, en raison des faiblesses dans la gestion du système d'information.



Paludisme

L'Erythrée a considérablement réduit la morbidité de ses cas pendant les deux dernières décennies. Au cours de l'épidémie provoquée par El Nino en 1998, la maladie a atteint 110 cas pour 1 000 habitants. En 2012, cette proportion avait chuté à 11,9 cas pour 1 000 habitants. Contrairement aux pays voisins où le paludisme est endémique, le risque est entre faible et modéré en Erythrée. Cette situation est due à une prévention efficace, 50% des dépenses sont consacrées à la distribution de moustiquaires. Des améliorations ont également été faites en terme de diagnostic et le soins. En 2012, 92,8% des cas de paludisme ont été soignés respectant en cela les directives nationales.



Le Fonds mondial

39,2 millions de dollars ont été alloués à l'Érythrée pour lutter contre le VIH et 9,5 millions de dollars contre la tuberculose dans le cadre du nouveau modèle de financement. La somme allouée à la tuberculose représentera 99% de l'investissement national dans la lutte contre la tuberculose dans le pays. La lutte contre le paludisme a bénéficié de 36,1 millions de dollars.

Erythrée et le Fonds mondial (\$)

Disease component	Number of Grants since 2010	Amount disbursed (2010 – 2013)	Amount available in existing grants	Amount Additional funding under NFM	Total Allocation available (2014 – 2017)
VIH	4	\$52,221,771.08	\$34,870,998.00	\$4,295,330.31	\$39,166,328.31
Tuberculose	2	\$9,830,114.00	\$9,524,784.00	\$0	\$9,524,784.00
Paludisme	3	\$48,979,533.09	\$9,265,592.00	\$26,877,123	\$36,142,715.11

Statistiques générales Erythrée

General Statistics/ Year	1997/8*	2013*
Total population	3.7 million	6.3 million
GNI (per capita) PPP current international \$	\$1230	\$ 1180
Under 5 mortality / 1000 live birth	99/1000	50/1000
Life Expectancy	55 years	63 years
Human Development Index (medium HDI - country)	Rank	.381 Rank 182

* or nearest year.

En Erythrée, des progrès spectaculaires dans l'accès aux rétroviraux

C'est en 1993 qu'Adhanet, âgée de trois ans, a développé les symptômes. Fièvre, diarrhée, perte de poids. Inquiète, sa mère l'a emmenée à l'hôpital pour un bilan de santé et le VIH a été détecté. Sous surveillance médicale constante, Adhanet a débuté un traitement antirétroviral en 2008 qui a fortement réduit la présence du virus. Après s'être mariée avec un homme vivant lui aussi avec le VIH, elle a suivi un programme de prévention de la transmission du VIH mère-enfant et administré à ses deux nouveaux-nés de la névirapine. « Elle est désormais mère de deux enfants en parfaite santé. Cette femme, qui avait hérité du virus par sa famille, a réussi à interrompre le cycle de la transmission », souligne Senait Michael, conseillère au programme de contrôle du VIH au ministère de la Santé.



Crédit photo Gabriela Escudero

En Erythrée, la prévalence au sein de la population générale a baissé de 2,38% en 2005 à moins de 1% en 2011, avec toutefois des poches de résistance de l'épidémie parmi les travailleuses du sexe (7,9 % selon le ministère de la Santé) et les chauffeurs routiers.

C'est en 2005 que les traitements antirétroviraux ont été rendus disponibles dans cinq hôpitaux et les années suivantes, la distribution a été élargie aux hôpitaux régionaux et militaires pour atteindre aujourd'hui 21 sites. A la fin 2013, 7474 patients étaient sous traitement ARV et 417 autres débutaient un traitement dans les six premiers mois de 2014. Un nombre élevé remarquable (l'Erythrée a un des plus forts taux de couverture au traitement ARV au monde, cf. rapport sur les écarts Onusida 2014 http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf) dû à un strict suivi des patients et des programmes de nutrition mis en œuvre par l'association des personnes vivant avec le VIH qui travaille étroitement avec les autorités. « Pour démarrer les ARV, explique Araia Berchane, le directeur des maladies infectieuses au ministère érythréen de la Santé, tous les patients doivent consulter un conseiller à trois reprises et le traitement est administré uniquement si le patient comprend bien les effets secondaires et le fait qu'il devra suivre cette discipline toute sa vie. Si un rendez-vous n'est pas honoré, un proche ou un membre de la famille est immédiatement contacté pour rendre compte de cette absence. »

Cependant, la stigmatisation de la maladie reste un obstacle important notamment dans les zones rurales, à tel point que 60% des patients préfèrent recevoir leur traitement à Asmara, la capitale, en dépit de la présence de cliniques régionales. Parmi les autres difficultés soulignées par Onusida (http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/ERI_narrative_report_2014.pdf), le manque d'espace dévolu à l'aide psychologique et aux tests dans les centres de santé ou encore des rapports d'activités liées au VIH incomplets et en retard. Araia Bechrane reconnaît que le système d'évaluation et de suivi des patients, reposant uniquement sur des documents papier, est lourd à gérer. Toujours selon Onusida, il manque des infirmières suffisamment expérimentées pour fournir des soins VIH complexes dans la plupart des centres de santé. Si l'Erythrée n'atteint pas le minimum de 23 professionnels de santé par 10 000 habitants, des progrès immenses ont cependant été réalisés en l'espace de vingt ans. 10 000 personnes ont été formées depuis 1991 pour atteindre un ratio de 10,5 médecins, sages-femmes et infirmières pour 10 000 habitants. Actuellement, leur nombre est, selon Araia Bechrane, de 5502 déployés dans les six zobas (régions) du pays contre 3368 en 2003.



MAURITANIE



Point de transition entre l'Afrique du Nord et le Sahel, la Mauritanie accueille une importante population de réfugiés provenant de l'est du Mali qui submergent les infrastructures sanitaires de faible capacité et entraîne la hausse de la morbidité nationale.

Le système de santé souffre du manque de personnel qualifié, surtout en milieu rural. Un effort en matière de ressources humaines concernant notamment la formation est un élément clef du plan stratégique national, ainsi que l'intégration des programmes de lutte contre la maladie dans un système de soins primaires de santé renforcé.



Credit photo Robert Bourgoing

VIH

On estime à 0,4% la prévalence du VIH au sein de la population générale, mais ce taux est bien plus élevé parmi les groupes à risque (travailleuses du sexe et leurs clients, les personnes souffrant d'autres maladies sexuellement transmissibles, les chauffeurs routiers, les prisonniers et les pêcheurs).

Une étude bio-comportementale intégrée menée en 2007 a révélé que le taux de prévalence du VIH au sein des travailleuses du sexe dépasse 7,6% tandis que ce chiffre est passé à 9% chez les personnes touchées par d'autres IST. Les prisonniers ayant subi un test de dépistage ont enregistré un taux de prévalence de 3,9%. Parmi eux, les femmes étaient deux fois plus susceptibles d'être contaminées par le VIH que les hommes.



Tuberculose

En 2013, 2 223 nouveaux cas de tuberculose ont été signalés en Mauritanie, soit une prévalence de 203 pour 100 000 habitants. Le taux de détection avoisine 50%. La Mauritanie n'est pas considérée comme un pays durement touché par la tuberculose, même si l'afflux de réfugiés pourrait faire augmenter la morbidité, car beaucoup sont entassés dans des campements informels où les risques de transmission sont démultipliés. La morbidité liée à la tuberculose a diminué au cours des deux dernières décennies, mais cette baisse pourrait aussi s'expliquer par le fait que le système de collecte des données est peu performant.



Paludisme

En 2013, 3,9 millions de personnes étaient exposées au paludisme en Mauritanie. La maladie sévit surtout dans la partie sud du pays frontalière avec le Sénégal. La Mauritanie se situe en dessous de la moyenne de la région MENA en termes de cas signalés, mais sa morbidité reste cinq fois plus élevée que la moyenne mondiale.



Le Fonds mondial

Après plusieurs années de suspension due à des problèmes de gestion financière, la Mauritanie a procédé à des réformes qui ont permis de renouer avec l'organisation. Dans le cadre du nouveau modèle de financement, une somme de 11,5 millions a été allouée pour lutter contre le VIH, 4,8 millions de dollars contre la tuberculose et 15,6 millions de dollars contre le paludisme.

Mauritanie et le Fonds mondial (\$)

Disease component	Number of Grants since 2010	Amount disbursed (2010 – 2013)	Amount available in existing grants	Amount Additional funding under NFM	Total Allocation available (2014 – 2017)
VIH	1	\$697,429	\$3,882,296	\$7,632,506	\$11,514,802
Tuberculose	2	\$44,371	\$0	\$4,839,053	\$4,839,053
Paludisme	2	(\$34,377)	\$0	\$15,645,145	\$15,645,145

Statistiques générales Mauritanie

General Statistics/ Year	1997/8*	2013*
Total population	2.6 million	3.9 million
GNI (per capita) PPP current international \$	\$1860	\$ 2850
Under 5 mortality / 1000 live birth	113/1000	90/1000
Life Expectancy	59 years	62 years
Human Development Index (medium HDI - country) Rank	.433 (2000) Rank	.487 Rank 161

* or nearest year.

Repas communautaires et kits nutritionnels au menu de la lutte contre le VIH en Mauritanie

Trois fois par semaine, des groupes de vingt à vingt-cinq personnes se réunissent autour d'un repas dans les locaux du Centre de Traitement Ambulatoire (CTA) administré par la Croix-Rouge française à Nouakchott. Cette initiative encourage ces personnes vivant avec le VIH à se rencontrer pour sortir de leur isolement, à rester en contact avec le CTA pour l'observance de leur traitement, et à être sensibilisées à l'importance d'une bonne nutrition pour lutter contre le VIH.



Crédit photo Robert Bourgoing

Dans un pays où près de la moitié de la population vit au-dessous du seuil de la pauvreté, « on les attire par le ventre, c'est un appât », reconnaît avec le sourire le Dr Mohamed Idoumou Ould Mohammed Vall, Chef du département planification au Secrétariat exécutif national de lutte contre le sida (SENLS).

Avant le repas, en présence d'un médecin, d'une assistante sociale et de sensibilisateurs, ces hommes et ces femmes séropositifs participent à un groupe de parole au cours duquel ils reçoivent des conseils nutritionnels, comme sur la manière de préparer un repas équilibré, avec des produits locaux, pour moins de 360 ouguiyas (1,25 USD). Pour les participants, qui sont encouragés à poser des questions, l'objectif est aussi de combattre l'auto-stigmatisation.

Dans le cadre d'un projet pilote financé par le Fonds mondial, le CTA distribue aussi des kits alimentaires. Quatre cents kits individuels et 800 kits familiaux, composés de rations de riz, de sucre et d'huile pour un mois, sont distribués à des individus gravement malnutris ou en situation d'impossibilité temporaire de nourrir leur famille.

« En principe, le Fonds mondial ne finance pas l'achat d'aliments, mais ils ont été convaincus de la nécessité de le faire, raconte le Dr Barikalla ould Sid Ahmed ould Ely Litim, médecin chef du CTA. Nos malades sont en général très pauvres et très malnutris. Au début, c'était uniquement pour aider les gens très faibles à prendre du poids et aider les gens en période difficile à passer un cap. Mais on a constaté que ça attire les gens, ça aide à la sensibilisation et augmente l'adhérence au traitement. »

Une meilleure nutrition et l'observance du traitement donne parfois des résultats spectaculaires. « Une femme s'est présentée ici quand elle ne pesait plus que 30 kg, se souvient le Dr Barikalla. A la fin de l'année, elle faisait 130 kg et travaille maintenant comme commerçante entre la Mauritanie et le Sénégal. »

Depuis la création du CTA en 2004, la Croix-Rouge française offre à Nouakchott une prise en charge globale du VIH/sida pour les aspects médicaux (ARVs et traitement des infections opportunistes), le suivi biologique des personnes séropositives et leur prise en charge psycho-sociale (éducation thérapeutique, groupes de parole, soutien psychologique, distribution de kits alimentaires et repas communautaires). Le programme nutritionnel a été maintenu dans le cadre d'un plan de continuité de services (COS) mis en place entre le Fonds mondial et le SENLS, récipiendaire principal, au moment de la suspension en 2009 de la subvention VIH pour cause de détournement de fonds par l'ancienne équipe dirigeante.

Cette initiative crédibilise les services offerts par le CTA et contribue, indirectement, à l'acceptation de soi pour les personnes séropositives. « Il y a une très grande évolution de l'acceptation de la maladie », constate le Dr Barikalla. « Avant, les gens venaient au CTA le visage camouflé. Maintenant, ils viennent tous à visage découvert. »

LA MENAHRA

Transmission élevée du VIH liée à la consommation de drogues injectables

Dans de nombreux pays de la région MENA, la consommation de drogues injectables contribue de manière significative à l'épidémie de VIH, mais la riposte n'a pas été adaptée à la taille du problème.



L'Association de réduction des risques pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord (MENAHRRA) a depuis 2007 bénéficié d'un important soutien international pour son action visant à répondre à deux problèmes majeurs en terme de santé publique : une épidémie de VIH en augmentation et son incidence croissante parmi les utilisateurs de drogues injectables.

Les États représentés dans MENAHRRA se situent le long des principaux itinéraires de trafic d'opiacés. Depuis les champs de pavot en Afghanistan jusqu'aux marchés d'Europe et d'Amérique du Nord.

Ce trafic a entraîné une augmentation de la consommation de drogues injectables, devenu l'un des principaux modes de transmission du VIH dans un certain nombre de pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord. On estime le nombre d'utilisateurs à plus d'un million de personnes dans une zone qui comprend l'Afghanistan, l'Iran, le Pakistan ou encore la Libye et des taux très élevés parmi les utilisateurs à Barhein et Oman.



Dans ces pays, le partage de normes culturelles et de valeurs religieuses offre une possibilité de collaboration et de réponse politique commune - grâce à divers groupes et forums régionaux - et fournissent un moyen d'influence

interne toujours préférable à une intervention extérieure. C'est sur ce constat que MENAHRRA fonde son plaidoyer et ses efforts visant à renforcer la société civile.

En alliant un plaidoyer au niveau régional avec une politique au niveau national, MENAHRRA cherche à démontrer que l'argent dépensé pour la réduction des risques permet de s'en économiser sur les soins et la prise en charge. L'association joue également un rôle dans l'amélioration des systèmes de surveillance de l'épidémie dans les pays de la région.

L'un des buts de MENAHRRA est d'encourager les utilisateurs de drogues injectables, les personnes vivant avec le VIH, leurs réseaux de soutien et les communautés à participer plus pleinement à l'élaboration et à l'exécution des politiques de lutte contre le VIH.

Parmi les réalisations de MENAHRRA:

- La formation de plus de 700 membres de la société civile issus de 19 pays dans la réduction des risques et le plaidoyer
- Des subventions aux organisations de la société civile pour soutenir des projets comprenant la prévention contre les échanges d'aiguilles et de seringues, de l'aide psychologique, un dépistage volontaire du VIH et un traitement de substitution aux opiacés.
- Élaboration et distribution de matériel de sensibilisation, affiches, brochures et publicités à la télévision
- Organisation d'une conférence régionale en 2009 et accueil d'une conférence internationale en 2011 qui a permis des échanges au plus haut niveau.

En étroite collaboration avec les décideurs politiques, la société civile et les partenaires techniques, MENAHRRA commence à observer les résultats de ses activités de plaidoyer et de recherche. Le Ministère jordanien de la Santé a commencé à élaborer des directives pour réguler l'utilisation de traitement de substitution aux opiacés



C'est grâce à un puissant et solide réseau d'organisations de la société civile que les programmes de réduction des risques de MENAHRA ont été couronnés de succès dans le cadre d'une stratégie globale de prévention du VIH.



(TSO). En 2015, des programmes pilotes de TSO sont prévus à Oman, mais aussi dans les prisons au Liban dans le cadre d'un ensemble de soins fournis aux détenus.

Un certain nombre de conférences régionales, réunissant des représentants de ministères de la santé - y compris l'Iran, le Pakistan et l'Afghanistan : trois pays où l'usage des drogues est particulièrement tabou - a permis de dissiper les préjugés sur la réduction des risques et créer un plaidoyer régional solide.

L'Afghanistan a également demandé à MENAHRA de former des prestataires de soins sur le TSO, un programme qui pourrait être reproduit en Iran dont la concentration de VIH parmi les consommateurs de drogues injectables est une des plus élevée au monde.

Si beaucoup de progrès ont été réalisés, l'instabilité politique de plusieurs de ces pays a créé des obstacles difficiles à surmonter. En Egypte par exemple, les multiples changements de gouvernement ont abouti à l'abandon pur et simple de certaines initiatives.

Il a également fallu venir à bout des réticences de certains dirigeants, méfiants face à la question des droits de l'homme qui sont souvent, dans leurs esprits, synonymes de révolution.

« Les droits de l'homme en matière de santé publique apparaissent moins menaçants pour les régimes en place », observe Elie Aaraj, directeur exécutif de MENAHRA, « et font plus facilement l'objet de discussions. D'ailleurs, les gouvernements et la Ligue arabe n'ont aucun problème à évoquer la question des droits de l'homme dans le cadre de la lutte contre le VIH. »

Le rôle croissant de la société civile dans la réduction des risques est une des conséquences de l'action de MENAHRA dans la région. Tout comme la tenue de discussions sur les droits de l'homme, donner un rôle plus important à la société civile n'est pas toujours du goût de tout le monde. Dans de nombreux pays, la société civile est quasi inexistante ce qui nécessite de privilégier une approche en réseaux.

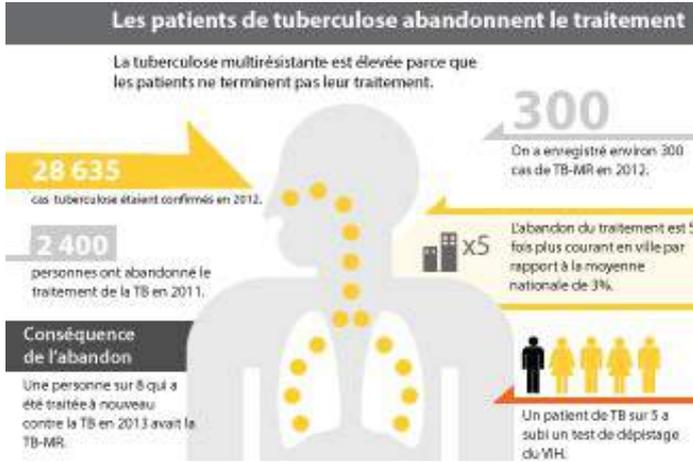
Dans le cadre de l'association, la collaboration au-delà des frontières est vivement encouragée. Plus de voix se feront entendre, plus le plaidoyer pour influencer les décideurs publics sera efficace et permet de réduire la stigmatisation.

La MENAHRA et le Fonds mondial

Depuis janvier 2012, MENAHRA bénéficie d'une subvention du Fonds mondial qui s'étale sur cinq ans dans le cadre de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. C'est la première fois que le Fonds mondial accorde une subvention à une entité régionale dont le but est de renforcer les capacités des organisations de la société civile. Le secrétariat du réseau gère la subvention en tant que récipiendaire principal. Sur les 6,8 millions de dollars engagés, quelque 3,6 millions de dollars ont été décaissés. Les pays couverts par la subvention sont l'Afghanistan, Bahrein, l'Égypte, l'Iran, la Jordanie, le Liban, la Libye, le Maroc, Oman, le Pakistan, Gaza et la Cisjordanie et la Syrie.



MAROC



À l'instar de bon nombre de ses voisins d'Afrique du Nord, le Maroc a été récemment reclassé par la Banque Mondiale parmi les pays à revenu intermédiaire, avec un RNB de 3 030 dollars. Ce classement le place dans la catégorie 4 du Fonds Mondial.

Conservateur sans être fondamentaliste, le Maroc est une nation à majorité musulmane qui s'efforce d'améliorer son bilan en matière de droits de l'homme. Cependant, la stigmatisation et la discrimination contre l'homosexualité, la consommation de drogues et la prostitution empêchent encore l'accès de beaucoup aux services de santé.

Le pays s'est engagé à étendre ses services de diagnostic dans le cadre de sa riposte globale au VIH. Un investissement dans la collecte et l'analyse des données vise à développer une base de données fiable afin d'améliorer les services public et privé envers les groupes vulnérables, dont les travailleurs du sexe, les migrants, les chauffeurs routiers, les usagers de drogues par injection et les homosexuels.

Agadir, près des montagnes de l'Atlas, 5% des hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes sont séropositifs. Dans la ville côtière de Nador, près de 25% des usagers de drogues par injection sont contaminés.

Dans son plan national stratégique, le Maroc met l'accent sur le dépistage et l'aide psychologique et cherche à améliorer les moyens pour atteindre les populations les plus vulnérables en développant des programmes ciblés. Un des éléments distinctifs de sa stratégie concerne la transmission mère-enfant via un dépistage complet des femmes enceintes.



Tuberculose

La tuberculose dû au grand nombre de migrants demeure un défi à relever au Maroc. La morbidité s'est stabilisée à environ 28 000 nouveaux cas chaque année depuis 2010, avec une hausse de la tuberculose multirésistante.

Si la population est informée de la possibilité de soigner la maladie, la stigmatisation demeure néanmoins forte. La gratuité du diagnostic et du traitement sont peu connus, ce qui démontre un besoin aigu de mieux communiquer sur la tuberculose.



Le Fonds Mondial

Les décaissements se sont élevés entre 2010 et 2013 à 27,8 millions de dollars consacrés à la lutte contre le VIH et la tuberculose. Une somme de 37,4 millions de dollars a été allouée au Maroc dans le cadre du nouveau modèle de financement, incluant 29 millions de dollars d'engagements existants et 8,4 millions de dollars en nouveau financement. Cette augmentation est en grande partie destinée à la tuberculose. Le Maroc devrait présenter sa note conceptuelle pour le VIH et la tuberculose en 2016. L'instance de coordination nationale du Maroc est considérée comme l'une des plus dynamiques et efficaces de la région.



Crédit photo Robert Bourgoing

VIH

Le Maroc est un pays dont le taux de prévalence du VIH est faible (0,14%), avec 3 400 nouveaux cas signalés en 2013. L'épidémie est concentrée au sein des groupes à risque tels que les travailleuses du sexe (2%), les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes (4,5%) et les usagers de drogues par injection (14%). Les taux sont plus élevés dans certaines villes que d'autres, selon des études récentes basées sur des échantillonnages représentatifs de la population. À

Maroc et le Fonds mondial (\$)

Disease component	Number of Grants since 2010	Amount disbursed (2010 – 2013)	Amount available in existing grants	Amount Additional funding under NFM	Total Allocation available (2014 – 2017)
VIH	3	\$22,576,422	\$24,605,906	\$0	\$24,605,906
Tuberculose	2	\$5,251,708	\$4,791,860	\$8,029,632	\$12,821,492

Statistiques générales Maroc

General Statistics/ Year	1997/8*	2013*
Total population	27.6 million	33 million
GNI (per capita) PPP current international \$	\$3310	\$7000
Under 5 mortality / 1000 live birth	56/1000	30/1000
Life Expectancy	68 years	71 years
Human Development Index (medium HDI - country) Rank	.526 (2000) Rank	.617 Rank 129

* or nearest year.

Dépistage du VIH : la stratégie du Maroc contre une épidémie cachée

Au Maroc, l'épidémie de VIH reste concentrée (les estimations de prévalence nationale varient entre 0,1 et 0,2%), limitée principalement à quelques groupes à risque : les professionnelles du sexe (PS), les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) et les usagers de drogues injectables (UDI). Mais parmi ceux-ci, trois sur quatre ne savent pas qu'ils portent le virus, environ 22,000 individus qui vivent cachés et qui sont difficiles à atteindre dans un pays de 33 millions d'habitants.

Depuis 1992, la majorité des tests de dépistage au Maroc ont été réalisés par l'ALCS, principale ONG engagée contre le sida. Comme elle ne peut pas effectuer des millions de tests, et malgré tous les programmes de sensibilisation réalisés, avec le soutien notamment du Fonds mondial, les résultats restent très limités. Seuls 30% des HSH et 25% des PS ont été testés à ce jour alors que l'objectif est de 80%. Face à cette situation, la stratégie du ministère de la Santé inclut tout un arsenal de moyens complémentaires.

Depuis 2013, l'ALCS et d'autres sous-réceptaires du Fonds mondial tels que OPALS et l'Association Sud Contre le Sida (ASCS) recentrent leurs activités vers les populations clés afin de gagner leur confiance, les informer et les encourager à découvrir leur statut sérologique. A Agadir, l'ASCS déploie ses équipes d'éducatrices paires sur les lieux fréquentés par les prostituées, de nuit comme de jour. De son côté, l'ALCS travaille auprès de leurs clients, parmi lesquels figurent en bonne place les routiers, des 'passerelles' du VIH entre les PS et la population générale.



Credit photo Robert Bourgoing

Ailleurs, des ONG font preuve d'inventivité pour atteindre les membres des communautés gay, dont la plupart vivent dans une extrême discrétion. « On a constaté qu'il y a des gens qu'on ne touche pas sur les sites de drague », raconte Abdoullah Tif, de l'ALCS de Marrakech. C'est pourquoi l'association est présente sur PlanetRomeo, un site web de rencontre pour homosexuels où plus de 13,000 Marocains sont inscrits. « Presque tous les HSH qui peuvent lire et écrire au Maroc ont un profil sur PlanetRomeo », affirme A. Tif, qui y a créé un profil, 'plaisir-santé', pour entrer en contact avec les utilisateurs de manière anonyme, pour les inviter à visiter ses locaux et à se faire dépister.

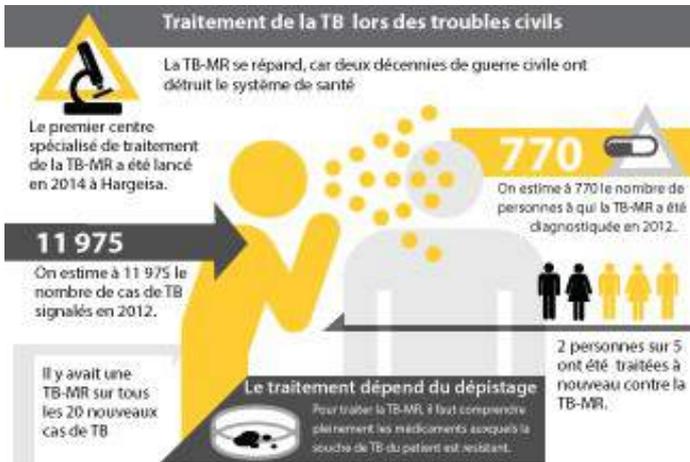
Malgré des progrès notables dans la lutte contre la stigmatisation liée au VIH, le travail de dépistage auprès des groupes à risque reste très compliqué, selon Mouna Balil, directrice de la section Marrakech à l'ALCS. « On a du mal à recruter des médecins. Certains nous ont dit clairement 'Je veux vous aider à faire le dépistage mais je ne le ferai pas avec les HSH'. » D'un côté, peu de médecins acceptent de travailler avec les HSH dans l'anonymat des ONG. De l'autre, ceux-ci évitent les centres de santé publics où ils doivent dévoiler leur identité et craignent le regard du personnel médical.

C'est pourquoi l'ALCS se tourne vers le dépistage communautaire, un projet qui vise à remplacer les médecins par des membres de la communauté. Ces volontaires sont bien implantés, plus disponibles et sensibilisés à la réalité de leur communauté que les médecins. Le test est simple et rapide, et ne nécessite pas de formation médicale: il suffit de prélever une goutte de sang sur le doigt.

Autre élément de la stratégie, le ministère organise des campagnes de dépistage annuelles pour l'ensemble de la population, utilisant tous les médias, de la télévision à Facebook. Avec ces nouvelles campagnes, le nombre de tests VIH effectués chaque année au Maroc est passé de 70,000 à 500,000. Résultat : alors que seules 300 nouvelles personnes séropositives étaient identifiées en 2011, 1100 l'ont été en 2012 et 1200 en 2013.



SOMALIE



Depuis le début de la guerre civile en 1991, la Somalie a vu son système de santé totalement périliter. Une génération entière n'a jamais connu de service public digne de ce nom. Les déplacements de population massifs alliés à une économie en lambeaux n'ont fait qu'accroître les difficultés et ont permis la résurgence et la transmission de nombreuses maladies dont la tuberculose et sa forme multi-résistante. Le personnel formé et capable de lutter contre les maladies transmissibles n'est pas en nombre suffisant.

A mesure que le pays s'engage lentement vers la reconstruction, l'afflux massif de l'aide humanitaire internationale s'amenuise, alors même que le besoin en investissements reste immense.

Le processus de mise en place de l'Etat fédéral étant toujours embryonnaire, des écarts importants existent entre les différentes régions qui se sont formées sur le plan de la couverture santé : Puntland, Jubbaland, région du Sud-Ouest. Cet écart est encore plus patent avec le Somaliland qui a autoproclamé son indépendance, il y a plus de vingt ans. Le Fonds mondial assure la quasi-totalité du financement de la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, mais les innovations dans la réduction des coûts et l'intégration de ces programmes verticaux dans le système de santé primaire pourraient permettre au pays de développer une approche innovante de la lutte contre ces maladies.

VIH/SIDA

Selon l'ONUSIDA, en 2012, le nombre de personnes vivant avec le VIH s'élevait à 31 000. Ce chiffre ne tient cependant pas compte du grand nombre de réfugiés présents dans les pays voisins, comme le Kenya. Le taux de prévalence est de 0,5%, un chiffre également réparti entre hommes et femmes. Les taux de prévention de la transmission de la mère à l'enfant sont extrêmement bas, 3% seulement des femmes enceintes sont sous antirétroviraux.

La collecte des données en Somalie est délicate, surtout auprès des populations clés. Des évaluations rapides ne sont pas parvenues à produire des chiffres fiables sur la prévalence

du VIH pour les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes ou les utilisateurs de drogues injectables. De plus, une enquête visant à identifier les travailleuses du sexe a été interrompue pour des raisons de sécurité.



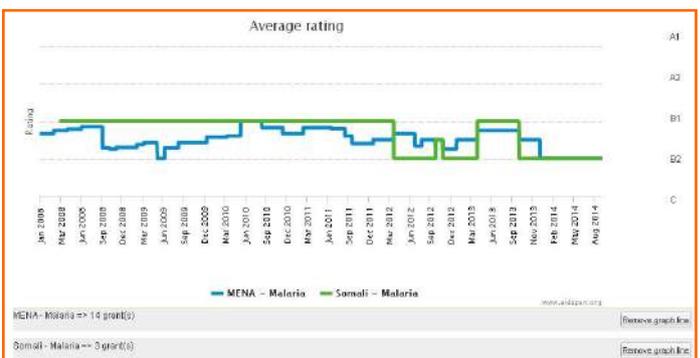
Tuberculose

La tuberculose est endémique en Somalie et reste l'une des principales causes de décès. L'estimation la plus récente de la prévalence est de 290 pour 100 000 habitants, l'incidence des cas à frottis positifs étant de 160 pour 100 000 en 2013. Un conflit longue durée, des déplacements de population et des interruptions multiples de traitement dus à la pauvreté et à l'insécurité ont provoqué l'inquiétante émergence de la forme multirésistante de la tuberculose.



Paludisme

Le paludisme est endémique dans le centre-sud de la Somalie mais les interventions communautaires, y compris la pulvérisation dans les foyers et la distribution de moustiquaires ont permis de réduire la morbidité. L'OMS estime à 24 553 le nombre de cas signalés en 2010, soit une diminution de moitié par rapport aux 49 000 cas signalés en 2006.



Le Fonds mondial

La somme allouée à la Somalie au titre du nouveau modèle de financement est de 28,8 millions de dollars pour la lutte contre le VIH, 33,5 millions de dollars contre la tuberculose et 49,9 millions de dollars contre le paludisme.

La note conceptuelle pour le VIH a été présentée le 15 août et approuvée en décembre 2014. Une version révisée de la proposition pour la phase 2 du paludisme a été présentée à nouveau en novembre 2014 et, après révision par le Comité technique, a été approuvée en décembre. La finalisation du plan national stratégique de lutte contre la tuberculose est en cours et la présentation de la note conceptuelle est prévue à la mi-2015.

Somalie et le Fonds mondial (\$)

Disease component	Number of Grants since 2010	Amount disbursed (2010 – 2013)	Amount available in existing grants	Amount Additional funding under NFM	Total Allocation available (2014 – 2017)
VIH	2	\$38,986,270	\$6,467,211	\$22,301,328	\$28,768,539
Tuberculose	3	\$30,899,256	\$33,455,386	\$0	\$33,455,386
Paludisme	3	\$32,144,267	\$49,874,124	\$0	\$49,874,124

Statistiques générales Somalie

General Statistics/ Year	1997/8*	2013*
Total population	6.9 million	10.5 million
GNI (per capita) PPP current international \$	\$ _	\$ _
Under 5 mortality / 1000 live birth	174/1000	146/1000
Life Expectancy	50 years	55 years
Human Development Index (medium HDI - country)	Rank _	Rank _

* or nearest year.

En Somalie, deux tiers des cas de tuberculose multirésistante non détectés

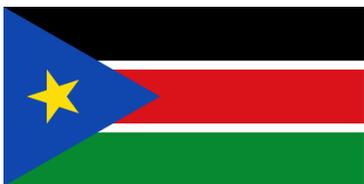
Toutes ces familles décimées par la tuberculose multirésistante, le docteur Abukar Ali Hilowle ne peut s'empêcher de les garder en mémoire. « Cinq membres d'une même famille ont contracté la maladie. Un seul d'entre eux a survécu. La raison ? Ils se sont fait détecter trop tard et n'ont pas suivi de traitement adéquat. Ou encore ce petit garçon de quatre ans, dont le père a été mal soigné dans des cliniques privées. Les deux sont désormais malades, tandis que la mère, elle, est décédée. »



Abukar est le directeur du programme tuberculose au ministère de la santé à Mogadiscio. Pour ce Somalien qui travaille sur les programmes de lutte contre la tuberculose depuis bientôt trente ans, la motivation principale est « d'aider les gens atteints d'une maladie qui a fait plus de morts que la guerre civile et d'autres épidémies additionnées ». Il souligne les progrès réalisés, comme la formation de plus en plus de personnel ou encore les 7 machines GeneXpert permettant de diagnostiquer la maladie (dont 2 reçues en octobre 2013 sur financement du Fonds mondial). Mais la tâche reste titanesque. « En ce moment, affirme-t-il, une cinquantaine de patients n'ont nulle part où aller pour se faire soigner. » Un centre de soins spécialisé, flanqué d'un laboratoire dernier cri, a pourtant été ouvert en septembre 2013 à Hargeysa au Somaliland, à 1500 kilomètres au nord-ouest de Mogadiscio. A la fin 2014, quatre-vingt-quinze personnes étaient soignées dans ce centre, fruit d'un partenariat entre l'organisation World Vision (récipiendaire principal du Fonds Mondial), l'Organisation Mondiale de la Santé et le gouvernement somalilandais. Mais tout le monde ne peut pas se permettre le voyage. Les patients doivent en effet prendre en charge toutes les dépenses annexes (hébergement, transport, nourriture). « Pour ceux qui n'ont pas les moyens, la seule issue est la mort avec le risque de contaminer encore plus de personnes autour d'eux », note le docteur Abukar qui précise que la mise en place d'un centre de soins à Mogadiscio est dans les tuyaux, mais « pas avant 2015 ».

En Somalie, si le nombre de cas de tuberculose multirésistante est de 280, on estime à 60% la proportion de cas non détectés. Des années de guerre civile ont provoqué l'effondrement du système de santé et l'absence de régulations sur les médicaments entraîne une vente anarchique de substances de mauvaise qualité sur les marchés locaux et dans les cliniques privées. Sans soins adaptés dans le centre et le sud du pays, l'autre solution est de se rendre dans les pays voisins. « Au Kenya, par exemple, environ 150 personnes atteintes de cette forme de la maladie vivent dans le camp de réfugiés de Dadaab et la moitié seulement est en traitement. », poursuit le docteur Abukar.

Depuis des opérations de police en avril 2014 visant principalement les personnes d'ethnie somalie, les destinations alternatives comme l'Ouganda ou l'Afrique du Sud sont privilégiées, d'autant que le Kenya déplore de plus en plus le fardeau des réfugiés sur ses stocks de médicaments contre la tuberculose multirésistante qui sont extrêmement coûteux (lire http://www.aidspace.org/fr/gfo_article/inquietudes-kenya-multipliation-des-cas-de-tuberculose-multiresistante).



SOUDAN DU SUD

Jeune nation, vieux problèmes

La prévalence du VIH se situe à 2,3%, une légère baisse depuis 2007.

Prévalence du VIH par État (2012)

La prévalence en Équateur occidental est presque 3 fois plus élevée que la moyenne nationale. (2,3% vs 6,8%)

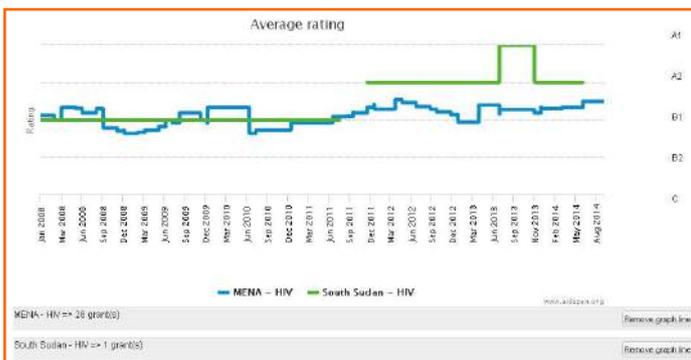


Trois ans après l'indépendance, obtenue au prix d'un demi-siècle de guerre civile, la plus jeune nation au monde a replongé dans un conflit meurtrier, qui malgré d'interminables négociations en Ethiopie ne semble pas près de se résoudre. En dépit des milliards de dollars d'aide de la communauté internationale, les infrastructures sanitaires restent fragiles, en proie à une pénurie chronique en ressources humaines et privées d'un personnel de santé suffisamment formé. Les routes sont dans un état déplorable et une grande partie du pays devient complètement inaccessible la moitié de l'année pendant la saison des pluies.

Des efforts sont en cours, avec l'appui de partenaires internationaux pour recueillir et analyser les données au niveau national. Ces données permettront de cibler plus efficacement les populations dans le besoin et permettront d'identifier des domaines clés du système de santé qui nécessitent davantage d'investissements.

VIH

On estime à 3% la prévalence du VIH. Les activités de prévention destinées aux populations à risque sont pratiquement inexistantes : toutes les ressources ont été concentrées sur la population générale. Le pays ne compte que 75 établissements de santé ayant des services intégrés de prévention de la transmission de la mère à l'enfant. Il est probable que la morbidité du VIH chez les enfants du Soudan du Sud - estimée à 2 600 en 2013 - augmentera contrairement au nombre d'enfants sous traitement, actuellement estimé à 2%.



Tuberculose

La prévalence de la tuberculose est de 140 cas pour 100 000 et se traduit par environ 22 000 nouveaux cas signalés par an. Le taux de dépistage ainsi que les soins au niveau de la communauté sont faibles ce qui donne lieu à un taux de détection très bas. Le programme national de lutte contre la tuberculose est confronté à une crise de financement et repose à 100% sur les partenaires internationaux.



Paludisme

Le paludisme représente 30% des consultations externes au Soudan du Sud, les enfants et les femmes enceintes étant particulièrement vulnérables. Plus de 1,1 millions de cas ont été signalés en 2013. Des campagnes de distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée constituent l'arme majeure dans la stratégie de prévention nationale.



Le Fonds mondial

L'appui au renforcement des systèmes de santé a été incli dans les trois composantes de la maladie dans le cadre du nouveau modèle de financement. Le pays bénéficiera de 47 millions de dollars contre le VIH, 15,6 millions de dollars contre la tuberculose et 73,2 millions contre le paludisme sur la période 2014-2017.

Disease component	Number of Grants since 2010	Amount disbursed (2010 – 2013)	Amount available in existing grants	Amount Additional funding under NFM	Total Allocation available (2014 – 2017)
VIH	1	\$17,704,340	\$9,545,969	\$36,596,279	\$46,142,248
Tuberculose	3	\$20,815,140	\$7,815,526	\$7,061,540	\$14,877,066
Paludisme	3	\$65,317,501	\$58,913,609	\$8,797,025	\$67,710,635

General Statistics/ Year	1997/8*	2013*
Total population	6.1 million	11.3 million
GNI (per capita) PPP current international \$	\$ _	\$1860
Under 5 mortality / 1000 live birth	200/1000	99/1000
Life Expectancy	48 years	55 years
Human Development Index (medium HDI - country)	Rank _	Rank _

* or nearest year.

Au Soudan du Sud, entre insécurité et mauvaises routes, les défis quotidiens de la lutte contre le paludisme

Depuis le début de la guerre civile au Soudan du Sud en décembre 2013, qui a fait près de 2 millions de déplacés selon le bureau de coordination des affaires humanitaires des Nations-Unies, les distributions relèvent du parcours du combattant. « En avril 2014, pour organiser le transport de moustiquaires dans le comté d’Akobo tenu par l’opposition, nous avons dû obtenir les autorisations de vol à la fois de la part du gouvernement et des forces de l’opposition », explique Rebecca Waugh, directrice adjointe de IMA World Health, l’ONG sous-réceptrice chargée des distributions massives de moustiquaires imprégnées longue durée dans deux zones affectées par le conflit, Le Haut-Nil et Jonglei. « Ensuite, il a fallu surveiller en temps réel la météo, les conditions de la piste d’atterrissage pour trois destinations (le site de collecte et les deux sites de déchargement), et coordonner entre elles la logistique. Tout cela avec un réseau cellulaire coupé et des liaisons satellites et internet intermittentes. Résultat, nous avons préparé les avions cargo à cinq reprises avant que toutes les conditions ne soient enfin réunies pour la distribution ».



Crédit photo RFI/Stéphanie Braquehais

Ceci est un exemple parmi d’autres de la difficulté d’accéder aux populations affectées par le conflit et des perturbations de la chaîne d’approvisionnement. Dans un tel contexte d’instabilité, le contrôle du paludisme devient un défi permanent. La moindre intervention est gravement ralentie dans les trois états les plus affectés, le Haut-Nil, l’Unité et Jonglei. « Les interventions ne peuvent pas être intensifiées mais seulement maintenues pour prévenir l’épidémie», précise Harriet Pasquale, directrice du programme paludisme au ministère de la santé. Parmi les exemples les plus frappants, elle cite la distribution de 348 000 moustiquaires, prévue en 2014 dans l’état d’Unité qui n’a pas pu avoir lieu en raison de l’insécurité. Une des façons de contourner ces difficultés a été pour le ministère de la Santé de se concentrer sur les populations les plus vulnérables présentes dans les camps de déplacés: les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

« La vulnérabilité des déplacés est accentuée par les combats, les pillages réguliers des réserves médicales, le harcèlement dont sont victimes les employés d’ONG, la peur des employés locaux d’être pris pour cible. Les bureaux à Bentiu et Malakal sont désertés. », affirme-t-elle.

Début novembre, l’ONG Médecins Sans Frontières a tiré la sonnette d’alarme concernant le manque de médicaments disponibles dans certains centres de santé périphériques incitant les malades à voyager pendant des jours pour se faire soigner. Harriet Pasquale reconnaît de fréquentes ruptures de stock en raison des routes impraticables durant la saison des pluies ainsi que les exigences très strictes de la part des bailleurs de fonds pour les approvisionnements de marchandises. « Pour les commandes, le personnel de santé n’est souvent pas assez formé pour remplir des documents complexes et certains centres ne peuvent pas recevoir les produits qui leur manquent. »

En dépit de ce contexte difficile, cette dernière pointe du doigt les accomplissements importants dans la lutte contre le paludisme. « Un total de 638 personnels de santé et 35 techniciens de laboratoire ont été formés au diagnostic paludisme et au suivi des cas. Jusqu’à septembre dernier, 5 millions de doses antipaludiques ont été distribuées dans les centres de santé dont près de 900 000 et plus de 680 000 tests de diagnostic rapide via le soutien du Fonds Mondial. »



SYRIE

La guerre civile perturbe l'accès aux services de santé

Le diagnostic tardif et l'interruption du traitement peuvent être à l'origine de plus de cas de TB-MR.

3 353
Le nombre de cas de TB confirmés en 2014 s'élevait à 3 353.

En février 2013, moins de 40% des hôpitaux fonctionnaient.

Pénurie de personnel médical & de médicaments.

Dans la plus grande ville de Syrie, Alep, le nombre de médecins en exercice est passé de 5000 à 35.

3,2 millions

En décembre 2014, plus de 3,2 millions de Syriens avaient fui vers les pays voisins.

- La Syrie produisait 90% de ses propres médicaments.
- La production locale a pratiquement cessé, laissant le système de santé sans les médicaments essentiels dont il a besoin.

La crise syrienne a eu un effet dévastateur sur la population civile en plongeant une nation autrefois prospère dans la spirale du chaos. Plus de 60% de sa population a été déplacée à l'intérieur du pays, tandis que 1,5 millions personnes ont fui hors des frontières.

Au bout de quatre ans d'une guerre meurtrière, le système de santé est dévasté et les acteurs humanitaires travaillent dans des conditions extrêmement dangereuses. Près de deux tiers des établissements publics ont été endommagés ou sont hors d'état de fonctionner, tandis que le personnel a fui ou été tué. Alors que le pays produisait 90% de ses médicaments, les pénuries sont désormais permanentes que ce soit dans les secteurs public ou privé - y compris les traitements contre la tuberculose et le VIH.

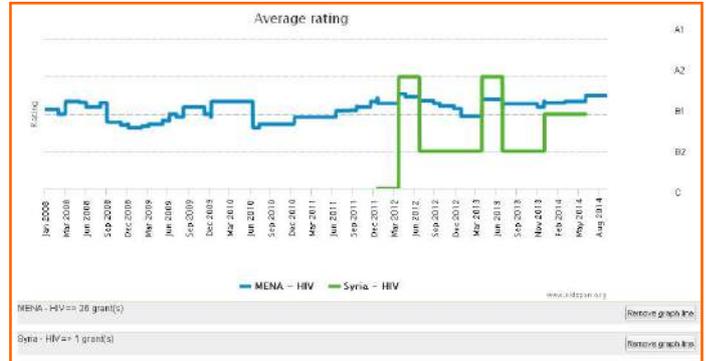
Le suivi des soins notamment pour les antirétroviraux et la tuberculose est devenu difficile, ce qui favorise la forme multirésistante de la tuberculose. Le manque d'accès complique la collecte et l'analyse des données.

VIH

Le développement d'un plan national stratégique en 2010 avait déjà été pris du retard avant le début de la guerre civile. Celle-ci a rendu impossible la collecte de données pour développer une estimation précise de la morbidité du VIH en Syrie.

Auparavant, les activités de prévention ciblée portaient exclusivement sur les jeunes et les femmes. Aucune activité ne répondait spécifiquement aux besoins des autres populations à risque, comme les utilisateurs de drogues injectables, les travailleuses du sexe et leurs clients et les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes. Le travail du sexe, la consommation de drogues injectables et l'homosexualité sont interdits en Syrie.

Une augmentation de 15% du nombre de personnes sous antirétroviraux a été approuvée par le gouvernement en 2007, mais elle n'était fondée sur aucune étude épidémiologique. En 2002, on estimait à 0,1% le taux de prévalence générale.



Syrie et le Fonds mondial (\$)

Disease component	Number of Grants since 2010	Amount disbursed (2010 – 2013)	Amount available in existing grants	Amount Additional funding under NFM	Total Allocation available (2014 – 2017)
VIH	1	\$754,773	\$2,261,793	\$3,271,785	\$5,533,577
Tuberculose	1	\$3,954,591	\$2,102,352	\$5,145,008	\$7,247,360

Statistiques générales Syrie

General Statistics/ Year	1997/8*	2013*
Total population	15.6 million	22.8 million
GNI (per capita) PPP current international \$	\$ _	\$ _
Under 5 mortality / 1000 live birth	26/1000	15/1000
Life Expectancy	73 years	75 years
Human Development Index (medium HDI - country) Rank _	.605 (2000) Rank _	.658 Rank 118

* or nearest year.

Les pays voisins s'inquiètent du regain de tuberculose qui accompagne l'afflux de réfugiés Syriens

Il y a encore quatre ans, la Syrie, qui possédait un des meilleurs systèmes de santé de la région, avait fait des progrès importants dans la prévention de la tuberculose en réduisant fortement, en l'espace de deux décennies, le nombre de nouveaux cas, (85 pour 100 000 en 1990 contre 23 pour 100 000 en 2011, selon le rapport du ministère jordanien de la Santé, « Public Health Strategy for tuberculosis among Syrian refugees, July 2013 »).

Mais la guerre civile a entraîné une destruction massive des infrastructures et des équipements sanitaires. Avec l'exode du personnel médical, l'interruption des traitements et des diagnostics, la prévalence de la tuberculose ainsi que sa forme multi-résistante sont en augmentation sans qu'il soit possible de déterminer la proportion de cas non détectés étant donné la difficulté à faire sortir les échantillons hors du pays. « Le nombre de cas notifiés en Syrie est de 3 353 en 2014 contre 973 en 2013, affirme Fabien Lefrançois, spécialiste en politique pour le programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). Actuellement 12 cas de tuberculose multirésistante ont été enregistrés et les malades placés sous traitement de seconde ligne ».



Credit photo UNHCR

Le coût du traitement pour un patient atteint de la TB MDR est extrêmement plus élevé et doit s'étaler pendant deux ans, ce qui implique une surveillance de la part du personnel médical et une discipline pour le patient difficiles à maintenir en période de conflit. En Jordanie par exemple, qui accueille 600 000 Syriens, le coût mensuel des médicaments contre la TB MDR est de 2000 dinars jordaniens (2820 dollars) contre 150 dinars (212 dollars) pour une simple tuberculose.

Le conflit a fait 3,2 millions de réfugiés dans les pays voisins. Or, ceux-ci n'ont pas toujours les moyens de faire face à la recrudescence de cette maladie très contagieuse et de sa forme multi-résistante. Pour cette raison, le Fonds Mondial a approuvé à la mi-décembre 2014 une assistance exceptionnelle de 3,3 millions de dollars issus du fonds d'urgence pour permettre aux deux pays qui accueillent le plus grand nombre de réfugiés de faire face à la tuberculose. Le Liban, avec 1,3 millions de réfugiés (un quart de la population totale) reçoit 2 millions de dollars. Dans ce pays, 61 cas de tuberculose ont été identifiés parmi les réfugiés Syriens pour la première moitié de 2014, soit 17% de tous les cas notifiés. Et en Jordanie, la dotation est de 1,25 millions de dollars pour une incidence de 48 nouveaux cas pour 100 000 personnes.

YÉMEN

Stigmatisation liée au VIH dans la société patriarcale

La prévalence du VIH est faible (0,1%), mais la stigmatisation est élevée, ce qui rend la vie insupportable pour les personnes vivant avec le VIH.

19 000

est le nombre de cas de VIH confirmés.

Une femme séropositive sur trois a été victime de discrimination en matière de logement, au point d'être obligée de quitter sa résidence ou de se voir refuser la location



Peu peuvent accéder aux ARV

Il y a seulement 703 personnes sous ARV.

Une femme séropositive sur 10 a été victime de harcèlement physique ou d'agression.

Le Yémen a fait des efforts pour étendre et améliorer son système de santé mais les résultats restent encore limités, en raison d'une grave pénurie des ressources. Le budget des dépenses de santé par habitant (environ 4% du PIB) représente la moitié de celui des pays de la région. Les professionnels formés restent peu nombreux, surtout en zone rurale dont seulement 30% bénéficient de l'accès aux soins. Et ce taux est encore plus faible lorsqu'un conflit éclate. Les principaux freins à cet accès sont la stigmatisation et le faible taux d'alphabétisation, particulièrement chez les femmes.

Tuberculose

Plus de 10 000 cas de tuberculose ont été signalés en 2013. La tuberculose multirésistante est devenue un problème de santé publique, en raison du coût élevé du traitement et de la pénurie de professionnels formés à même de détecter et soigner les patients. Le Yémen a forte incidence de tuberculose, les nouveaux cas parmi les jeunes sont nombreux, preuve que le pays en est peut-être aux premiers stades d'une épidémie. Des ressources sont consacrées à une approche communautaire. Les visites à domicile, par exemple, visent à atteindre 60% des enfants qui ne parviennent pas à commencer ou à terminer un traitement.



Paludisme

Soixante pour cent de la population est exposée au paludisme. En 2013, 891 000 cas ont été enregistrés, la plupart au sein des populations vulnérables, notamment les femmes enceintes, les enfants de moins de cinq ans, les travailleurs de la santé et les populations déplacées.

Des campagnes de distribution de masse de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILD) constituent l'essentiel des activités de prévention au paludisme dans le pays. L'accès à certaines communautés pour réaliser des diagnostics et distribuer des kits de soins est limité en raison de l'insécurité.



Le Fonds mondial

La somme allouée au Yémen au titre du nouveau modèle de financement comprend 11,5 millions de dollars contre le VIH, 11,5 millions de dollars contre la tuberculose et 16,8 millions de dollars contre le paludisme. Une partie importante de chaque composante de maladie vise à soutenir le renforcement des systèmes de santé.



Crédit photo Robert Bourgoing

VIH

La prévalence du VIH dans la population générale est inférieure à 0,1% et les données sur la morbidité au sein des groupes marginalisés ou à risque, notamment les personnes déplacées sont inexistantes. La violation des droits de l'homme dans le cadre de la gestion de cas est une autre source de préoccupation. Dans un rapport publié en 2014, Human Rights Watch affirme que les personnes vivant avec le VIH ont été régulièrement privées de soins, certaines ont même été renvoyées de l'hôpital alors qu'elles venaient se faire soigner pour d'autres maladies.

Yémen et le Fonds mondial (\$)

Disease component	Number of Grants since 2010	Amount disbursed (2010 – 2013)	Amount available in existing grants	Amount Additional funding under NFM	Total Allocation available (2014 – 2017)
VIH	2	\$5,371,974	\$386,528	\$11,145,685	\$11,532,213
Tuberculose	2	\$6,546,873	\$7,493,345	\$4,038,868	\$11,532,213
Paludisme	2	\$20,098,907	\$5,971,216	\$10,860,962	\$16,832,178

Statistiques générales Yémen

General Statistics/ Year	1997/8*	2013*
Total population	16.6 million	24.4 million
GNI (per capita) PPP current international \$	\$ 2780	\$ 3820
Under 5 mortality / 1000 live birth	104/1000	51/1000
Life Expectancy	60 years	63 years
Human Development Index (medium HDI - country) Rank _	.427 (2000)	.5 Rank 154

* or nearest year.



Crédit photo Robert Bourgoing



Crédit photo Robert Bourgoing

Le Yémen soigne désormais les cas de tuberculose multirésistante

Peu à peu, la tragédie a touché la famille entière. Le docteur Najib Abdulaziz, directeur du programme tuberculose au ministère de la Santé, évoque l'histoire de ce fermier de la province de Marib, Hamaid Mohamed Faraji, âgé de 55 ans, trois épouses, onze filles et un fils. « Il y a dix ans, il a attrapé la tuberculose, mais il a interrompu à plusieurs reprises son traitement, raconte Najib. Sa fille, Nima'a, 28 ans, a été contaminée à son tour. Comme son père, elle n'a pas suivi son traitement jusqu'au bout. Par conséquent, elle a développé une forme multirésistante de la maladie (TB-MDR) et a dû être envoyée en Inde pour recevoir un traitement de seconde ligne extrêmement lourd. Elle est morte un an après. Sa sœur de 23 ans s'est elle aussi vu diagnostiquer une TB-MDR et a été envoyée en Egypte pour se faire soigner. Hélas, elle est décédée six mois après le début de sa prise en charge médicale. Au moment du diagnostic à Sanaa, l'équipe de santé a pris le soin d'enquêter auprès de ses proches et ont détecté deux autres cas de TB-MDR dans la famille, le père et une autre sœur. Ces derniers sont sous traitement depuis dix mois au Yémen et leur état de santé s'est amélioré ».

Avant le mois de décembre 2013, date à laquelle le Yémen a débuté le traitement de la tuberculose multirésistante dans 4 sites de traitement ambulatoires à Sanaa, Aden, Taiz et Hodaidah, la plupart des patients qui en avaient les moyens étaient contraints d'aller se faire soigner hors du pays, principalement en Jordanie, Egypte ou en Inde. Depuis cette date, le pays est enfin approvisionné en médicaments de seconde ligne qui sont distribués dans les quatre centres de traitement où une cinquantaine de personnes sont actuellement soignées.

C'est l'un des succès mis en avant par le docteur Najib, interviewé par Aidspan, qui mentionne également la livraison de quatre machines GeneXpert payées par le Fonds mondial qui devraient contribuer à considérablement réduire les délais de diagnostic.

« Pour l'instant, la découverte de nouveaux cas prend environ trois mois, période durant laquelle il n'est pas rare que les patients décèdent. »

En 2013, deux à trois nouveaux cas étaient détectés chaque mois, soit une nette augmentation par rapport aux années précédentes (de 7 à 10 cas par année). L'estimation des cas non détectés restent cependant élevée (environ 72% d'après le ministère de la Santé). Selon la dernière étude de résistance, réalisée en 2010-2011, la prévalence de TB-MDR parmi les nouveaux cas est de 1,4% et de 14,4% parmi les cas déjà traités.

Les défis restent cependant nombreux, selon le docteur Najib Abdulaziz. « Il faut développer un réseau de soutien dans la communauté pour les malades qui ne peuvent pour le moment se reposer que sur leur famille. Autre point important, la formation des employés locaux concernant la gestion de la TB-MDR est pour le moment trop limitée »

L'insécurité dans le pays a empêché le personnel expatrié de circuler et constitué un obstacle dans la vérification des données (http://aidspan.org/gfo_article/renewal-funding-tb-grant-yemen-comes-despite-concerns-about-phase-i-performance-and-risk). Au ministère de la santé, on ne constate toutefois pas d'impact clairement identifiable de cette insécurité sur la tuberculose multirésistante.

References / extra reading:

CIA Factbook <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/dj.html>

CSAT, Punishing Success, the impact of the new Global Fund Business Model and eligibility criteria on the MENA Region. November 2012

DEFEAT MALARIA (<http://defeatmalaria.org/mauritania>)

The gender gap report 2013 http://www3.weforum.org/docs/WEF_GenderGap_Report_2013.pdf

MENAHRA Strategic Plan 2014 – 2019 – see MENAHRA

MENA press release from Association against AIDS in Morocco (ALCS), 2012 November

Abu-Raddad L, et al, 2010 Characterizing the HIV/AIDS Epidemic in the Middle East and North Africa : Time for Strategic Action, accessed through : <https://openknowledge.worldbank.org>

Afarin Rohimi-Movaghar, Masoumeh Amin-Esmaelili, Elie Aaraj and Joumana Hermez, *Assessment of Situation and Response of Drug Use and its Harms in the Middle East and North Africa*, 2013, MENAHRA

Biological & Behavioral Surveillance Survey 2010, MoHP/FHI/CDS
<http://www.fhi360.org/resource/biological-and-behavioral-surveillance-survey-round-two-summary-report>

Republique Algerienne Democratique et Populaire, *Rapport d'activite sue la riposte national au VIH/sida en Algerie, 2012/13*. Ministere de la Sante, de la Population, et de la reforme hospitaliere. 2014. UNAIDS.

Morocco MoH. (2013). [Morocco, Implementation of the policy statement on HIV/AIDS: Country report 2012]: Morocco Ministry of Health

Morocco – *National HIV/Aids strategic and policy report 2013 – 2014*, Morocco Ministry of Health

Morocco – National Sentinel Surveillance Report, 2010 – 2011. Integrated bio-behavioural survey among MSM.

Treatment Default amongst Patients with Tuberculosis in urban Morocco, *PlosOne*, 2012.

OCHA (South Sudan ante-natal car (ANC) Sentinel Surveillance 2012)

Population Reference Bureau, *HIV and Aids in the Middle East and North Africa*, 2014

Public Health Strategy for Tuberculosis among Syrian Refugees in Jordan
<http://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=3791>

UN Population Division. (2013). World Population Prospects: The 2012/3 Revision. from Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>

UNAIDS. (2013). UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: WHO Library.

UNAIDS. (2011a). Middle East and North Africa Regional Report on AIDS: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS.

UNAIDS (2014) – The Gap Report
http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

UNAIDS MENA Report on AIDS 2011/2012.

UNAIDS - Global AIDS Response Progress Report 2014 – Egypt
http://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents//EGY_narrative_report_2014.pdf

UNODC. (2014). World drug report, 2014. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime.

UNDP. (2011a). Human Development Reports, United Nations Development Programme, from <http://hdr.undp.org/en/countries/>

UNDP. (2011b). Country Profiles and International Human Development Indicators, from <http://hdr.undp.org/en/countries/>

UNDP, MDGs overview <http://www.er.undp.org/content/eritrea/en/home/mdgoverview/>

UNGASS country progress reports – all countries – accessed October – Dec 2014.

The World Bank. (2012-2014). Data on Economies by country, from <http://data.worldbank.org/country>

World malaria reports: All countries 2012 and 2013. Geneva, Switzerland.

WHO – Global Tuberculosis Reports – <http://www.who.int/tb/country/data/download/en/> 2012 and 2013. Geneva

Yemen People living with HIV Stigma Index Report 2012 <http://www.stigmaindex.org/yemen>



**Independent observer
of the Global Fund
www.aidspan.org**