

L'épidémiologie du VIH/SIDA en Algérie

Dr H.KERBAL & Dr B.OUZRIAT

*Association de formation et d'information médicale-promotion de la santé
Wilaya de Boumerdes, Algérie*

1. Objet de l'étude et contexte : L'étude consiste à présenter un état de lieux de l'infection HIV/SIDA en Algérie avec dans un premier temps et de manière analytique des données épidémiologiques sur tous les cas du SIDA et les cas séropositifs recensés notifiés de manière officielle, dans un deuxième temps les déterminants de l'infection VIH – SIDA en Algérie, la stratégie adoptée par le gouvernement Algérie pour faire face (centres de traitement, dépistage) ainsi que des ajustements apportés durant ces dernières années sous l'influence de divers et multiples facteurs (démographiques, socioéconomiques, les mouvements migratoire clandestins) ainsi que les rôles joués par certains organismes internationaux et nationaux dans le domaine de la prévention sous tous ses aspects. L'Algérie fait partie de l'Afrique du Nord; d'une superficie de 2 381 741 km² elle compte sept frontières dont l'immense étendue constitue une contrainte majeure dans la surveillance des mouvements de population. De plus, l'Algérie est un pays soumis au risque d'introduction du VIH, du fait qu'il est un carrefour de deux régions très touchées, l'Europe et l'Afrique Subsaharienne.

2. Méthode de travail : La méthode de travail a consisté à analyser et à interpréter les données du VIH/SIDA du laboratoire national de référence de l'institut Pasteur d'Alger (LNR/IPA) depuis le début de l'épidémie jusqu'à fin 2009 et les données disponibles dans les relevés épidémiologiques ainsi que des bilans annuels à l'exemple de l'Agence Nationale du Sang et les résultats des enquêtes de serosurveillance sentinelle réalisées en 2000, 2004 et 2007 avec utilisation de variables qualitatives (sexe, mode de contamination, nationalité, région ou wilaya d'origine) et des variables quantitatives (âge)

3. Aperçu de l'épidémie de SIDA en Algérie: En Algérie, le système de surveillance des infections sexuellement transmissibles (IST) et de l'infection à VIH se base sur la notification des cas d'infections dans le cadre du programme de surveillance des maladies à déclaration obligatoire, la séro-surveillance sentinelle et l'évaluation de la file active des patients suivis dans les différents centres de référence (CDR) de prise en charge des infections à VIH du pays.

A. Données relatives aux cas notifiés:

La notification de l'infection à VIH a été intégrée depuis 1990, au système de surveillance des maladies à déclaration obligatoire. Le circuit de notification est basé sur l'anonymat. Devant toute suspicion d'infection à VIH ou de séropositivité établie, un prélèvement accompagné d'une fiche d'identification du patient, doit être adressé au laboratoire de référence de l'institut Pasteur d'Alger (LNR), habilité à confirmer l'infection à VIH et à notifier les cas confirmés au Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière.

Depuis quelques années, les CDR et les Centres Hospitalo - Universitaires (CHU) ont développé leurs capacités techniques leur permettant de réaliser la confirmation diagnostique de l'infection à VIH à leur niveau sans recourir systématiquement au LNR. Ceci explique en partie la sous notification des cas par le LNR. .

Il est à rappeler que l'analyse du système de notification faite dans le cadre de l'évaluation du plan national stratégique (PNS) 2002 – 2006, a permis de relever des insuffisances et de proposer des mesures correctives. Parmi ces insuffisances, nous citons notamment l'absence de complétude dans les données des fiches transmises au LNR. (mode de contamination, âge, genre ...) .

L'analyse de l'évolution du nombre de cas notifiés par le LNR durant les cinq dernières années (2005 à 2009) permet d'apprécier les tendances de la situation épidémiologique nationale.

Le premier cas de SIDA notifié en Algérie a été diagnostiqué en décembre 1985, depuis le nombre de cas a augmenté régulièrement pour atteindre un nombre cumulé de 5209 cas d'infections à VIH dont 1028 cas notifiés de SIDA et 4181 cas de séropositifs au 31 décembre 2009 ;

a. **Les cas de sida:** La situation des cas de sida notifiés au LNR pour la période 2005-2009 se présente comme suit :

➤ **Répartition selon le mode de transmission :**

Tableau 1 : Répartition selon le mode de transmission et le genre des cas cumulés de sida notifiés entre 2005 et 2009 (source : bilan d'activités du LNR / IPA 2009)					
Mode de transmission	Masculin	Féminin	Genre non précisé	TOTAL	%
Hétérosexuel	103	100	5	208	54,03 %
Homo et bisexuel	10	2	0	12	3,12 %
Usage de drogues injectables	4	0	0	4	0.4%
Sang et dérivés	1	2	0	3	0.78%
Mère – enfant	3	3	0	6	1.56%
Non spécifiés	85	59	8	152	39.48%
TOTAL	206	166	13	385	100%

La voie sexuelle constitue le premier mode de transmission avec un taux de 57,15% (tableau 1).

➤ **Répartition selon l'âge :**

Tableau 2: Répartition selon la tranche d'âge et le genre des cas cumulés de sida notifiés entre 2005 et 2009 (source : bilan d'activités du LNR / IPA 2009)					
Age	Masculin	Féminin	Genre non précisé	TOTAL	%
0 – 14 ans	7	7	1	15	3.9
15 - 24 ans	14	7	1	22	5.8
25 - 49 ans	140	111	8	259	67.6%
50 ans et +	29	36	1	66	17.3%
Age non précisé	17	4	2	23	5.7%
Total	207 (53.8%)	165 (42.9%)	13 (3.3%)	385 (100%)	100%

La répartition des cas de sida indique que la tranche d'âge la plus touchée est celle des 25 à 49 ans (67,6%) et que le genre masculin est plus affecté (53,8%)

- b. **Personnes séropositives au VIH** : Entre 2005 et 2009, le nombre cumulé de personnes séropositives confirmé par le LNR est de 2460 dont 585 cas en 2008 et 684 nouveaux cas en 2009. (Tableau 3)

➤ **Répartition selon le mode de contamination :**

Tableau 3: Répartition selon le mode de transmission et le genre des cas cumulés de séropositifs notifiés entre 2005 et 2009 (source : bilan d'activités du LNR / IPA 2009)					
Genre → Mode de transmission	Masculin	Féminin	Genre non précisé	Total	%
Hétérosexuel	173	186	9	368	14,96 %
Homo et bisexuel	13	2	0	15	0,61 %
Usage de drogues injectables	3	2	0	5	0,20 %
Sang et dérivés	3	3	0	6	0,24 %
Autres modes connus	2	0	0	2	0,08 %
Non spécifiés	979	800	231	2010	81,71 %
TOTAL	1202	1014	244	2460	100%

Le mode sexuel représente 85,11 % des modes de transmission spécifiés.

➤ **Répartition selon l'âge :**

Tableau 4: Répartition selon la tranche d'âge et le genre des cas cumulés de séropositifs notifiés entre 2005 et 2009 (source : bilan d'activités du LNR / IPA 2009)					
Age	Masculin	Féminin	Genre non précisé	TOTAL	%
0 – 14 ans	27	43	2	72	
15 - 24 ans	82	106	10	198	8,05 %
25 - 49 ans	486	440	36	962	39,11 %
50 ans et +	133	68	8	209	8,49 %
Age non précisé	442	366	181	989	40,20 %
Total	1200	1023	237	2460	100,00%

La répartition par âge des personnes séropositives au VIH indique que la tranche d'âge la plus touchée est celle de 25 à 49 ans

Dans les deux situations:

La différence n'est pas significative pour certains paramètres d'étude :

- toutes les régions sanitaires du pays sont touchées, notamment la région centre (26.73 % des cas) avec une proportion importante dans les grands centres urbains
- quelque soit le sexe, les nationaux résidant en Algérie représentent 83.21 % des cas notifiés, les nationaux résidant à l'étranger 5.78% des cas et les nationalités étrangères 9.25 % des cas, les étrangers dont la nationalité n'est pas déterminée 1.73% des cas ;

B. Données des enquêtes de séro-surveillance sentinelle :

Le système de séro-surveillance de l'infection à VIH se base essentiellement sur des enquêtes de séro-surveillance sentinelle réalisées en 2000, 2004 et 2007.

L'évolution de la dynamique de l'épidémie est appréciée à travers l'analyse des données de ces enquêtes, qui se sont déroulées dans des villes des cinq régions sanitaires du pays. Ces enquêtes

incluaient trois groupes d'étude : les femmes enceintes des consultations prénatales, les patients des consultations IST et les professionnelles du sexe.

Prévalence du VIH par groupe de population :

- Chez les femmes enceintes des consultations prénatales, la prévalence a été de 0,20 % en 2000, 0,14 % en 2004 et 0,09 % en 2007. Ceci indique que, dans la population générale, l'épidémie est à faible prévalence et peu active.
- Chez les groupes de population à risque notamment les professionnelles du sexe et les patients consultant pour infections sexuellement transmissibles (IST), les données plaident en faveur de la concentration de l'épidémie (Tableau 5).

Année →	2000	2004	2007
Groupes d'étude			
Femmes enceintes des consultations prénatales	0,20 %	0,14 %	0,09 %
Patients des consultations pour IST	0,25 %	1,19 %	2,42 %
Professionnelles du sexe	2,85 %	3,78%	3,95 %

C. Données relatives à la file active des patients suivis dans les CDR (centres de références) :

Les données de la file active permettent d'apprécier essentiellement l'évolution de la prise en charge thérapeutique et le pronostic de l'infection VIH/sida.

L'effectif des patients suivis dans les Centres de référence de prise en charge de l'infection à VIH/sida (CDR) a évolué de 1015 en 2006 à 2343 en 2009 ; il a plus que doublé en trois ans. Cet effectif inclut les migrants sans discrimination.

La prise en charge thérapeutique et le pronostic de l'infection VIH/sida ont été améliorés par la mise à disposition gratuite des ARV depuis 1998, l'élaboration et la mise en œuvre de consensus thérapeutiques actualisés et la mise en place graduelle d'un suivi biologique, virologique et immunologique. Cela s'est traduit par une chute de la mortalité liée à la maladie. Toutefois, il y a lieu de signaler que la plupart des patients consultent tardivement, ce qui rend compte de l'intérêt de l'intensification du dépistage précoce de l'infection à VIH.

Par ailleurs, sans remettre en cause les bénéfices des multi thérapies antirétrovirales, le soutien à l'observance est encore limité, en témoignent le pourcentage à l'échelon national des perdus de vue (13,9 % en 2007) relevés au CDR d'Alger.

Année	Patients suivis sous ARV (anti retro viraux)		Patients suivis Sans ARV		Total
	Effectif	%	Effectif	%	
2006	682	67.19%	333	32.80%	1015*
2007	830	64.79%	451	35.20%	1281**
2008	1111	60.54%	724	39.45%	1835
2009	1526	65.13%	817	34.86%	2343

* La file active à décembre 2006, comprend en plus des 1015 patients, 282 décès et 210 perdus de vue, soit un total de 1507
 ** La file active à décembre 2007, comprend en plus des 1281 patients, 294 décès et 224 perdus de vue, soit un total de 1799

4. Riposte à l'épidémie du SIDA en Algérie :

a. Au plan politique :

L'Algérie qui a adhéré à tous les engagements internationaux pour la lutte contre le VIH/sida, s'est attelé à concrétiser son engagement par la mise en œuvre d'une politique cohérente de lutte contre les

IST/VIH/sida, par l'implication de l'ensemble des partenaires : institutions gouvernementales, société civile, personnes vivant avec le VIH, secteur privé, agences des Nations unies, partenaires bilatéraux et multilatéraux.

Durant la période 2008 - 2009, dans le cadre de ses engagements internationaux notamment, la Déclaration du Millénaire pour le Développement, la Déclaration d'engagement sur le VIH/sida et l'Accès Universel à la prévention, au traitement, aux soins et au soutien, l'Algérie a adopté son Plan National Stratégique de lutte contre les IST/VIH/sida (PNS) 2008 – 2012. Ce PNS a notamment retenu:

- la mise en place d'un organisme national de coordination de la riposte nationale au sida, à représentation large, décentralisée et multisectorielle et un système unique et commun de suivi – évaluation conformément aux « Trois principes » auxquels l'Algérie a adhéré.
- le renforcement des interventions de prévention des IST/VIH/sida, de promotion du dépistage volontaire et de prise en charge globale des personnes vivant avec le VIH dans le cadre de « l'Accès Universel ».

b. Au plan programmatique :

La mise en œuvre du PNS 2008 – 2012 a été engagée avec la participation très active de tous les partenaires. En effet, la coordination nationale assurée jusqu'ici par le CNLS ou « comité national de lutte contre les IST/VIH/sida » créé en 1989 par arrêté ministériel, et qui a été restructuré par décret exécutif en 2009

Intensification des actions de prévention, de traitement et de soutien, grâce à la mobilisation de l'ensemble des acteurs de la riposte nationale à l'épidémie VIH/sida. Ces actions ont porté essentiellement sur :

- la mise en œuvre des plans d'action de différents secteurs institutionnels et de la société civile par la promotion du dépistage volontaire qui a ciblé aussi bien la population générale à travers les activités des centres de dépistage volontaire mis en place par le ministère de la santé, que les groupes de populations à risques, tels les détenus, conduite par le ministère de la justice
- Le renforcement de la prise en charge globale des Porteurs de VIH (PVIH) :
 - par l'amélioration de l'approvisionnement et de la gestion des stocks des ARV ainsi que de la coordination entre les CDR visant la prévention des ruptures de stocks ;
 - la décentralisation des services de prise en charge, par l'ouverture d'autres CDR
 - le renforcement des capacités des CDR par l'acquisition d'équipements de laboratoire (mesure de la charge virale et quantification des lymphocytes CD4) ;
 - le renforcement du soutien psychosocial avec l'appui du mouvement associatif par notamment le développement d'activités génératrices de revenus au profit des PVIH.
- Par ailleurs, en ce qui concerne le système d'information, compte tenu de l'importance des enquêtes comportementales dans la surveillance de l'épidémie du sida, des protocoles normalisés pour ce type d'enquêtes ont été élaborés.
- Il a été également procédé en 2009, dans le cadre de la mise en place du plan opérationnel du PNS 2008-2012 et avec l'appui de l'ONUSIDA, à l'harmonisation des indicateurs de suivi évaluation du programme national de lutte contre les IST/VIH/sida.

c. En matière de mobilisation de ressources :

Les ressources mobilisées durant les années 2008 et 2009, ont été estimées à partir des données transmises par les différents acteurs de la riposte nationale, sectoriels et associatifs ;

Il y a lieu de noter que les actions de lutte contre le VIH/sida menées par les différents secteurs gouvernementaux sont financées sur budget sectoriel de fonctionnement et non sur une ligne budgétaire spécifique, ce qui rend difficile l'estimation des dépenses liées au VIH/sida.

Les ressources ainsi mobilisées sont représentées selon leur source de financement et leur répartition par catégorie de dépenses dans les tableaux 7a et 7b:

Tableau 7a : Ressources (DZD) mobilisées en 2008 DZD= Symbole monnaie Algérienne				
Catégories de dépenses	Public	International	Privé	Total
1. Prévention	18 433 603.00 9.52%	13 362 124.00 15.94%	0.00	31 805 727.00 11.46%
2. Soins et traitement	171 943 954.00 88.7%	31591391.00 37.69%	0.00	203 535 345.00 73.33%
3. Orphelins et enfants vulnérables (OEV)	0.00	0.00	0.00	0.00
4. Gestion/administration des programmes	0.08%	15.06%	0.00	4.60%
5. Ressources humaines	1.65%	19.75%	0.00	7.12%
6. Protection sociale (OEV exclus)	0.00	3.27%	0.00	0.99%
7. Environnement propice	0.00	3.48%	0.00	1.05%
8. Recherche	0.00	4.79%	0.00	1.45%
Total	193.736.934.00 69.80%	83.810.224.00 30.20%	00 0.00%	277.547.158.00

Tableau 7b : Ressources (DZD) mobilisées en 2009				
Catégories de dépenses	Public	International	Privé	Total
1. Prévention	49 939 137.00 26.83%	3 786 163.00 30.33%	428 500.00 0.22%	54 153 800.00 27.21%
2. Soins et traitement	132 815 328.00 71.35%	0.00	0.00	132 815 328.00 66.72%
3. Orphelins et enfants vulnérables (OEV)	0.00	0.00	0.00	0.00
4. Gestion/administration des programmes	0.78%	39.11%	0.00	3.18%
5. Ressources humaines	1.03%	13.18%	0.00	7.12%
6. Protection sociale (OEV exclus)	0.00	3.27%	0.00	0.83%
7. Environnement propice	0.00	00	0.00	00
8. Recherche	0.00	00	0.00	00
Total	186 140 065.00 94.91%	9 563 017.00 4.88%	428 500.00 0.22%	199 051 582.00

- Les ressources nationales mobilisées ont sensiblement baissé en 2009 passant de 277.547.158,00 DZD en 2008 à 199.051.582,00 DZD en 2009.
- La participation du secteur public qui demeure prédominante reste stable.
- La part du secteur privé a représenté 0,22%
- La mobilisation de ressources internationales a été sensiblement réduite en 2009 ; elle est passée de 30,20 % en 2008 à 4,88 % en 2009 ;
- Les ressources mobilisées ont été principalement affectées pour une large part en premier lieu aux soins et traitement (88.75 % en 2008 et 71.35 % en 2009) et en second lieu à la prévention (9.52 % en 2008 et 26.83 % en 2009).

5. Principaux obstacles à la riposte nationale et mesures correctives :

a. Principaux obstacles :

- Inadaptation du cadre de coordination : Le Comité National de Lutte contre les IST/VIH/sida, mis en place en 1989, est devenu inadapté aux exigences actuelles de la coordination multisectorielle et des Trois Principes. Un projet de texte est actuellement soumis aux autorités politiques ;
- Faiblesse du mécanisme de suivi et évaluation : A ce jour, le suivi et l'évaluation de la riposte nationale au VIH/sida est assuré par le MSPRH, au niveau du bureau du programme national de lutte contre les IST/VIH/sida, et ce, dans l'attente de l'installation auprès du CNLS, d'un organe national chargé du suivi et de l'évaluation de la riposte au VIH/sida ;
- Insuffisance du système d'information : Le système en place a montré ses insuffisances et doit être revu de façon à fournir l'information permettant la mise en œuvre du suivi et de

l'évaluation conformément au Plan National Stratégique de Lutte contre les IST/VIH/sida (PNLS) et du plan opérationnel de suivi – évaluation 2008-2012;

- Inadéquation du financement : En ce qui concerne le financement national de la riposte au VIH, aucun secteur institutionnel, y compris celui de la santé, ne dispose d'une ligne budgétaire spécifique au VIH/sida. Pour les associations, malgré leurs efforts de mobilisation des ressources, celles-ci restent insuffisantes
- Stigmatisation dans la société : Bien que toutes les lois du pays protègent toutes les personnes contre toutes formes de discrimination et de stigmatisation, il subsiste dans notre société quelques stéréotypes.

b. Mesures correctives : ces mesures correctives proposées visent :

- la mise en place d'un nouveau Comité National de lutte contre les IST/VIH/sida **conforme aux « Trois principes »**, dont le Décret exécutif portant création, organisation et fonctionnement de celui-ci, a été finalisé.
- la mise en place du mécanisme national de suivi – évaluation dont le plan opérationnel a été élaboré;
- la révision du système national de notification des IST/VIH/sida et la création d'une base de données centralisée;
- la mobilisation des ressources nationales (y compris par l'inscription d'une ligne budgétaire spécifique sida dans les budgets publics sectoriels) et internationales pour l'ensemble des partenaires de la riposte nationale;
- l'intensification des actions de communication pour le changement de comportement en vue de réduire la stigmatisation et la discrimination des PVIH.

6. Conclusion : Le problème dans notre pays se pose beaucoup plus en termes de prévention: prévenir des risques d'infection en sensibilisant d'avantage les jeunes et moins jeunes. L'autre problème concerne l'insertion sociale des victimes qui sont souvent rejetées par la société. L'amalgame «sida égal sexe», nuit considérablement à l'information sur cette terrible maladie, néanmoins l'Algérie a marqué des progrès considérables dans le domaine du dépistage volontaire et de la prise en charge psychologique des malades. Les soins prodigués à ces malades échoient à l'Etat. Cependant, la situation de la recherche médicale en Algérie laisse perplexe.