

9

La Lutte contre le Sida en Afrique du Nord

Sofiane Bouhdiba

Introduction

Le SIDA est-il, en Afrique du Nord, une épidémie ou au plus quelques cas isolés? Peut-on affirmer, que l'islam, religion principale dans cette région du monde, a joué le rôle de frein dans la propagation du SIDA? Pourquoi cette nette dichotomie des deux côtés du Sahara, entre d'un côté une Afrique sub-saharienne minée par le mal, avec 2,3 millions de décès par SIDA en 2001,¹ et de l'autre une Afrique du Nord *apparemment* indemne, avec seulement quelques dizaines de milliers de décès² la même année?

Telles seront quelques-unes des questions auxquelles nous tenterons de trouver quelques éléments de réponse dans ce cours. Pour cela, notre réflexion s'articulera autour de trois grandes parties: nous ferons d'abord le point sur l'épidémie du SIDA en Afrique du Nord, en examinant quelques indicateurs-clés, nous verrons ensuite quels sont les grands axes du programme de lutte contre le SIDA en Afrique du Nord, et la dernière partie de ce cours se fera en termes de perspectives.

Le Sida en Afrique du Nord

En Afrique du Nord, on estime le nombre d'adultes (15-49 ans) vivant avec le virus du VIH/SIDA à 117 200 personnes en 1999, ce qui traduit un taux de prévalence du SIDA d'environ 0,05%.

Lorsqu'on sait que près de 24 millions d'adultes sont infectés par le virus, avec un taux de prévalence de 8,57%, et quand on sait que 2,2 millions de personnes en sont décédées en 1999, on se rend compte de la dichotomie existant entre les deux côtés du Sahara.

Voyons maintenant comment se présente la situation dans chacun des 3 pays d'Afrique du Nord.

État des lieux

L'Algérie

En Algérie, 110 000 adultes sont infectés par le virus du VIH/SIDA, ce qui indique un taux de prévalence de 0,07%.

On ne dispose pas d'informations concernant la séropositivité des femmes se présentant aux consultations prénatales, mais on sait que le taux de prévalence était de 1% en 1988 chez les professionnelles du sexe à Constantine et à Oran.

En Algérie, le Programme national de Lutte contre le Sida (PNLS) existe depuis 1988, mais n'a été officiellement coiffé par le gouvernement qu'en 1999. Les secteurs couverts par le PNLS sont les suivants: l'éducation, la santé, la police, l'armée, la fonction publique, le sport, le système pénitentiaire et l'immigration. Le monde rural reste donc livré à lui-même.

Il existe un comité interministériel national pour la lutte contre le SIDA, présidé par le Ministre de la Santé publique et de la Population.

Il n'existe pas de législation spécifique au VIH/SIDA, ce sont les dispositions légales générales sur la santé qui sont appliquées, en cas de discrimination pour cause de VIH par exemple.

On ne sait pas grand chose sur l'impact économique du VIH/SIDA en Algérie, mais on sait qu'au niveau des ménages et dans le secteur agricole, le virus est la cause d'une augmentation des dépenses de soins, et donc une diminution de l'épargne et un changement à terme des schémas de production.

Concernant l'éducation, le modèle mis au point par L'UNICEF et l'ONUSIDA montre qu'en Algérie, le décès ou l'élimination physique des enseignants infectés entraîne une grave perturbation dans le déroulement des cours.

Le Maroc

Au Maroc, 5 000 adultes sont infectés par le virus du VIH/SIDA, ce qui indique un taux de prévalence de 0,03%. Ce taux était de 0,02% en 1996 chez les femmes en consultation prénatales.

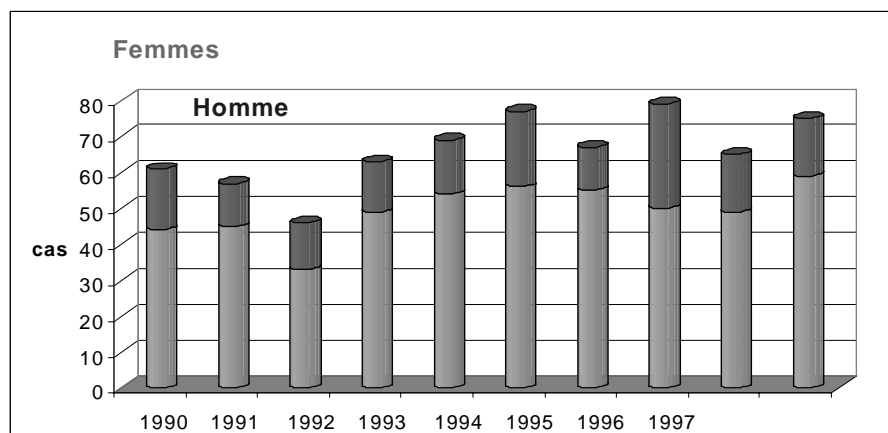
L'impact économique du VIH/SIDA au Maroc semble relativement faible, si ce n'est qu'au niveau des ménages il entraîne une diminution de l'épargne.

La Tunisie

Selon les services de la santé publique tunisienne, le premier cas de SIDA est apparu en Tunisie en 1985.³ Entre cette date et 1990, 53 cas ont été recensés, dont 34 décès. Depuis, les cas recensés ont évolué de la manière suivante:

Il y aurait aujourd'hui 906 cas de personnes atteintes du SIDA en Tunisie: 635 hommes, 199 femmes et 72 enfants. Selon une autre source, 329 personnes atteintes de SIDA seraient décédées en Tunisie depuis l'apparition du virus.

Figure 3: Cas de SIDA chez les 15-49 ans en Tunisie



Selon l'ONUSIDA, la situation serait bien plus alarmante, puisqu'il y aurait 2200 adultes âgés de 15 à 49 ans infectés par le virus en 1999,⁴ ce qui signifie un taux de prévalence du SIDA de 0,04%, et de 0,03% chez les consommateurs de drogue par injection.

Le SIDA touche davantage les hommes (80% des cas) que les femmes (20%), environ 25% des cas sont des jeunes de 15-29 ans, et 60% ont entre 20 et 40 ans.

Constatations

L'incertitude des chiffres

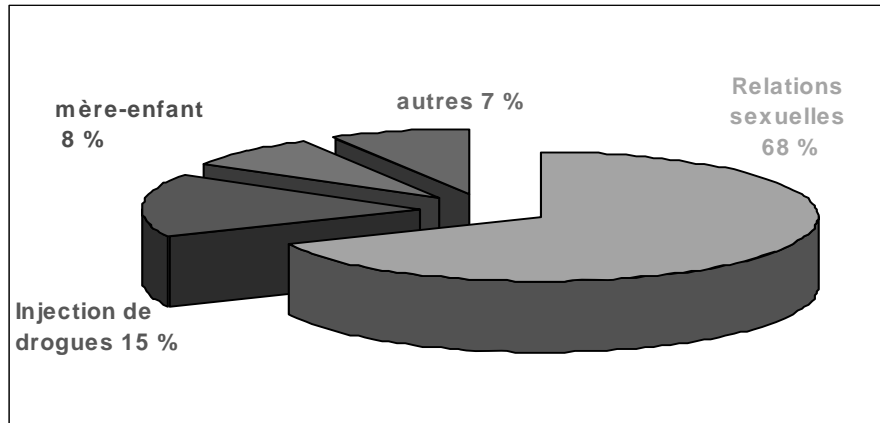
Le manque, pour ne pas dire l'absence d'informations locales, ainsi que l'incertitude des chiffres publiés par ONUSIDA, en disent long sur la difficulté de se rendre compte de la situation réelle du SIDA en Afrique du Nord.

La différence entre les deux sources officielles (les gouvernements respectifs et ONUSIDA) est également révélatrice quant aux difficultés à étudier une pathologie « honteuse » et passée sous silence dans un pays où les tabous restent malgré tout puissants.

La Localisation des cas

Quoiqu'il en soit, le SIDA semble être localisé exclusivement en milieu urbain (en Tunisie, tous les décès ont eu lieu en milieu urbain), dans les capitales et les grandes villes, et notamment le long de la bande littorale.

En Tunisie, par exemple, la moitié des cas sont concentrés autour de la capitale et ses banlieues, et 30% des cas concernent les villes du littoral Est.⁵

Figure 4: Mode de transmission du VIH/SIDA au Maghreb

Le Mode de transmission du virus

Voyons sur le graphique suivant quels sont les principaux modes de transmission du VIH/SIDA au Maghreb: les facteurs exposant les individus au risque d'infection sont divers, les rapports sexuels représentant toutefois la principale voie de transmission.⁶

Concernant les vecteurs de la maladie, deux phénomènes majeurs sont en cause.

Il faut y voir d'abord les effets pervers de la mixité entre la population locale et les touristes. Cela expliquerait peut-être la concentration des cas de SIDA le long des zones balnéaires du Maghreb. En Tunisie, par exemple, les cas se concentrent dans une bande s'étendant du Nord-Est (régions de Tabarka et Bizerte) au Sud-Est du pays (région de Jerba).

Le retour des travailleurs émigrés à l'étranger constitue le deuxième vecteur de propagation du virus.

Dans les deux cas, l'infection peut être qualifiée d'exogène, puisqu'elle procède, non pas d'une pratique culturelle locale, mais bien d'un choc entre deux cultures.

Même si les statistiques publiées par le Ministère de la Santé ou l'ONUSIDA ne prennent pas en compte l'ensemble des décès par SIDA, il faut reconnaître que cette maladie est loin de représenter une cause majeure de décès urbains en Tunisie. Ainsi, selon l'ONUSIDA,

Une étude réalisée en 1991 parmi des femmes en consultation prénatale à Tunis n'a trouvé aucun signe d'infection à VIH.

Une étude effectuée en 1999 dans une région non précisée n'a relevé aucun signe d'infection parmi des femmes testées en consultation prénatale.

Le dépistage du VIH parmi des professionnel(les) du sexe a relevé moins de 1% d'infections parmi les femmes testées pendant la plus grande partie des années 1990 et n'a trouvé aucun signe d'infection parmi les femmes testées entre 1998 et 1999.

Un pour cent des consommateurs de drogues injectables testés entre 1993 et 1996 étaient positifs pour le VIH. En 1997, 0,3% des consommateurs de drogues injectables testés étaient positifs pour le VIH.⁷

Cette faible prévalence du SIDA serait due en partie à la culture islamique qui condamne les rapports sexuels non légitimes, c'est-à-dire en dehors des liens sacrés du mariage.

La société tunisienne voit également d'un mauvais œil les changements trop fréquents de partenaires sexuels.

La Lutte contre le Sida en Afrique du nord

Les stratégies locales

La lutte contre le SIDA n'a pas encore réellement commencé à s'organiser au Maghreb, pour plusieurs raisons: d'abord, le gouvernement commence à peine à admettre l'idée que le virus du VIH/SIDA a pénétré les frontières physiques, d'une part, et la barrière érigée par l'islam, d'autre part.

Par ailleurs, les facteurs à l'origine de la transmission du virus sont encore mal connus, et le silence qui plane autour des personnes infectées ou décédées du SIDA n'est pas là pour arranger les choses.

La riposte au virus n'est donc que rarement fondée sur une compréhension claire des circuits de transmission et les stratégies des groupes à risque sont encore mal connues.

Toujours est-il qu'il se dégage progressivement une volonté politique d'élaborer et d'appliquer une stratégie de lutte contre le SIDA dans la région.

Parmi les points-clés des PNLS (Programmes nationaux de Lutte contre le SIDA), certains ont davantage retenu notre attention. D'abord, il s'agit de comprendre les différents modes de transmission de l'épidémie. À partir de là, les divers programmes peuvent mobiliser les forces en présence, de manière à faire intervenir les acteurs médicaux classiques, mais également la société civile, les ONG, le secteur éducatif, les scouts, etc.

Parmi les autres grands volets de ces programmes citons la vulgarisation, à travers un vaste programme de communication mettant l'accent sur les modes de transmission du virus et la nécessité de ne pas traiter les personnes infectées en *paria* de la société, ainsi que la détermination des groupes à risques, afin d'élaborer des stratégies spécifiques; les groupes à risque isolés pour l'instant sont les prostituées et, dans une moindre mesure, les consommateurs de drogue injectable.

Les PNLS intègrent également un vaste volet médical, qui comprend la mise en place d'une infrastructure médicale (locaux, médicaments, matériel), la surveillance épidémiologique, et notamment le contrôle systématique du sang et ses

dérivés, la prise en charge médicale, sociale et psychologique par l'état des soins des personnes infectées, ainsi que la formation de médecins spécialistes du SIDA.

Les programmes ne négligent pas pour autant le volet social de la question, puisqu'ils s'intéressent aussi très largement à l'élaboration d'une stratégie en vue du changement des comportements sexuels des jeunes, l'intégration du volet SIDA dans les programmes de santé de la reproduction, en profitant du réseau de planification familiale (qui a déjà fait ses preuves du reste); ainsi que la promotion du préservatif masculin, dont le taux de prévalence n'est que de 9,4%.

Enfin, au niveau institutionnel, les pays du Maghreb ont procédé à l'ouverture de représentations nationales de l'ONUSIDA, à l'amendement de lois en vue de lutter contre les pratiques contribuant à la propagation du SIDA, et en particulier au niveau de la prostitution clandestine, ainsi qu'à la mise en place d'une cellule d'écoute pour les jeunes, c'est-à-dire un numéro de téléphone vert renseignant les jeunes sur les questions relatives au SIDA.

Les stratégies régionales

Au niveau régional, de nombreuses actions concertées ont été mise en place, comme par exemple la participation au HARPAS (HIV/AIDS Regional Program in the Arab States), créé en septembre 2002. Un premier atelier « *Leadership for an expanded response to HIV/AIDS in the arab region* » s'est tenu du 28 septembre au 1^{er} octobre 2002. Cet atelier a abouti à la recommandation suivante: l'élaboration régulière de rapport-pays concernant l'épidémie de SIDA. Dans la pratique, il n'y a rien eu de concret, mais les travaux de cet atelier auront eu au moins comme résultat de rompre le silence qui régnait jusque-là autour de la question du SIDA dans les pays arabes et d'unifier les points de vue des décideurs.

Citons également la création du réseau RANAA (Regional Arab Network Against AIDS). Ce réseau a été créé par l'atelier « *Leadership, partnership and networking of civil society organisations on HIV/AIDS in the arab region* », qui s'est tenu du 9 au 13 décembre 2002 à Tunis et qui a réuni 14 États arabes.

Par ailleurs, les gouvernements essaient de se concerter autant que faire se peut, comme en témoignent la réunion des pays du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (MENA) qui s'est tenue du 1^{er} au 2 juin 2003 au Caire, avec pour objectif de clarifier les missions des ONG dans les pays respectifs, et en particulier dans la prise en charge des personnes vivant avec le virus. En témoigne aussi cette importante réunion qui s'est tenue le 5 mars 2003 au Caire afin de mettre sur pied une stratégie en vue de faire participer le monde des arts et du spectacle à la lutte contre le SIDA. Cette réunion a abouti à un atelier qui s'est tenu en juillet 2003 et qui a commencé à mettre en pratique les recommandations précédentes.

Enfin, citons pour clore ce chapitre le projet initié par le PNUD et l'UNESCO, qui a consisté en la traduction en arabe d'un kit publié il y a quelques années par ONUSIDA (HIV/AIDS, human rights and youth). Ce projet a été concrétisé par un atelier qui s'est tenu à Bherhaf (Liban) en juin 2003.

Les déterminants dans la lutte contre le Sida en Afrique du Nord

Nous allons examiner deux déterminants et essayer d'évaluer le rôle qu'ils ont joué dans la lutte contre le SIDA en Tunisie: le préservatif et la religion.

Le préservatif

La question que de nombreux experts ont posé a été la suivante: quel est le rôle joué par le préservatif dans la lutte contre le SIDA en Tunisie?

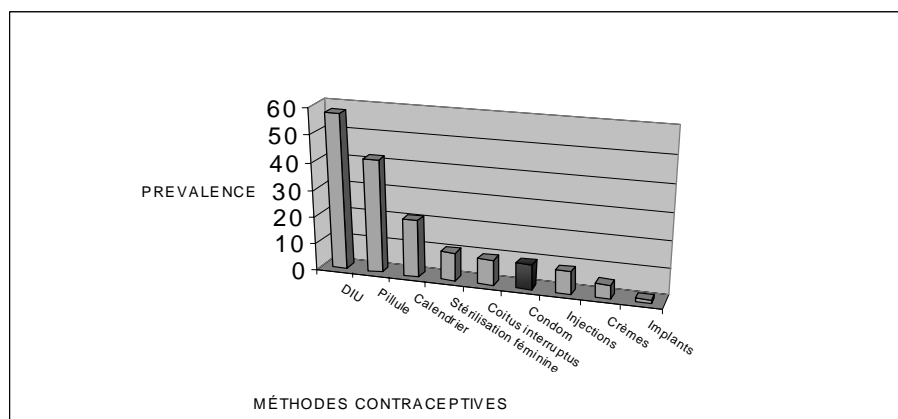
Voyons dans le tableau 5 dans quelle mesure sont utilisés les moyens de contraception en Tunisie:

Tableau 5: Prévalence des méthodes de contraception en Tunisie en 2002

Méthode contraceptive	Prévalence
Stérilets	57,6%
Pilule	42,2%
Calendrier	21,1%
Stérilisation féminine	10,4%
Coitus interruptus	9,5%
Condom	9,4%
Injections	8,4%
Crèmes	5,1%
Implants	1,3%
TOTAL	80,4%

Source: ONFP.

Figure 5: Méthodes contraceptives en Tunisie



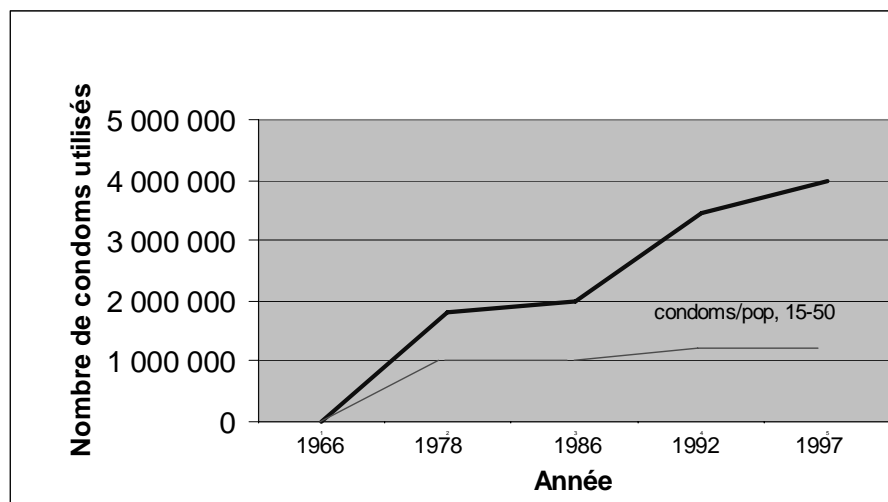
Comme on peut le voir, le préservatif masculin (condom) occupe le 6^e rang. La vente des préservatifs a été autorisée par le gouvernement en 1961,⁸ mais les premiers lots ont été utilisés en 1966, lorsque 5 000 condoms ont été distribués à la population. Le nombre de condoms utilisés a évolué de la manière suivante:

Tableau 6: Nombre de préservatifs utilisés

Année	Nombre de condoms utilisés	Nombre de condoms utilisés par homme âgé de 15–50 ans
1966	5 000	0,5
1978	1 800 000	1,3
1986	2 000 000	1,1
1992	3 450 000	1,6
1997	4 000 000	1,5

source: ONFP.

Figure 6: Nombre de condoms utilisés



On voit que, malgré l'augmentation rapide du nombre de préservatifs utilisés, le nombre de préservatifs utilisés par homme âgé de 15 à 50 ans est resté relativement stable.

Le condom n'a pas joué un rôle important dans la stratégie de lutte contre le SIDA pour les raisons suivantes:

- dès le départ, le condom a été introduit dans une optique de planification familiale, son rôle de protecteur contre les MST n'est apparu que bien plus tard;
- la population ne lui fait pas confiance;
- les jeunes ne savent pas l'utiliser;
- il retarde l'érection et diminue le plaisir sexuel;
- les partenaires sexuels déclarent se connaître suffisamment pour ne pas avoir à l'utiliser dans un but de protection contre le SIDA;
- il est difficile pour un homme d'acheter un préservatif auprès d'une femme, et vice versa;
- les mères ne donnent pas de préservatifs à leurs filles, car ce serait encourager la perte de leur virginité.

La religion

La religion joue un rôle de protection contre le SIDA, de deux manières: le mariage et la circoncision. L'islam interdit les relations sexuelles hors du cadre du mariage, ce qui constitue une barrière contre les MST et le SIDA. En Tunisie, comme dans tout pays musulman, les jeunes garçons sont circoncis vers l'âge de 5 ans. Or, de nombreuses études ont démontré que les hommes circoncis avaient une probabilité moindre d'être infectés du virus du SIDA. Une récente comparaison entre 27 études portant sur le lien entre le risque de contracter le SIDA et la circoncision a démontré une probabilité diminuée de moitié.⁹ La question que l'on pourrait poser ici est la suivante: y a-t-il effectivement un lien de cause à effet, ou faut-il plutôt y voir les effets de la sexualité islamique?

Une autre étude portant sur 6 800 hommes en milieu rural en Ouganda a montré que 16% des hommes non circoncis étaient séropositifs, contre seulement 7% chez ceux circoncis. Le seul risque d'infection réside dans l'utilisation d'un scalpel infecté entre deux circoncisions successives.

Perspectives

Il est vrai que le taux de prévalence du SIDA reste encore à un niveau relativement faible, autour de 0,03%. Cependant, on observe une augmentation du nombre de personnes infectées, ce qui signifie que la menace se précise dans la région.

L'observation nous montre une augmentation des taux de prévalence chez deux groupes à risque particulièrement vulnérables dans cette région du monde: les femmes et les enfants.

Par ailleurs, la médiocre qualité des informations cache en réalité une situation beaucoup plus alarmante que celle que nous livrent les statistiques publiées. Dans les pays du Maghreb, il s'agit davantage d'estimations que de données concrètes. De plus, les populations maghrébines sont aujourd'hui soumises à un tel

bouleversement culturel qu'il faudra compter à l'avenir avec de nouveaux comportements, notamment en matière de sexualité.

Ainsi, l'âge aux premiers rapports sexuels est désormais de 17 ans en Tunisie. Comme, de plus l'âge au mariage a notablement reculé (30 ans), l'activité sexuelle hors mariage augmente, avec tous les risques qui lui sont attachés. Les jeunes constituent donc désormais un groupe à risque, et ce qui n'arrange rien, c'est qu'ils représentent une part importante de la population.

De même, la consommation de drogues injectables, phénomène de mode copié de l'occident, risque d'introduire une nouvelle classe à risque dans une société où les seules drogues consommées étaient le *takrouri* ou le *bachich*, qui, sur le plan épidémiologique du moins, ne jouent aucun rôle.

Enfin, si le virus du VIH/SIDA a pour la première fois touché les populations maghrébines par le Nord (Europe du Sud: Italie, France, Espagne), c'est au Sud que la menace gronde actuellement. En effet, l'ouverture du commerce aux pays d'Afrique subsaharienne (signature du protocole de Durban en juillet 2002) a accru les mouvements d'hommes d'affaires de part et d'autre du Sahara. Par ailleurs, l'installation de la BAD à Tunis a accru les déplacements des diplomates africains et leurs familles. Enfin, depuis quelques années, la Tunisie est devenue une véritable plate-forme migratoire, une sorte de relais, à travers lequel transitent des milliers de migrants clandestins, en vue d'atteindre dans une seconde étape l'Eldorado sud-européen. Il va sans dire que de tels flux d'individus provenant de zones à risque jouera certainement un rôle majeur dans la transmission du virus à l'intérieur des frontières du Maghreb.

Conclusion

On voit donc que l'Afrique du Nord se trouve actuellement dans une situation un peu particulière: d'une part, les indicateurs récents sont plutôt rassurants, et le SIDA ne semble pas constituer une menace de premier plan. D'autre part, tout porte à croire que la transition culturelle que connaissent les populations maghrébines va entraîner une flambée dans les 10 prochaines années.

Il s'agit donc à présent de rompre le silence, chose qui semble avoir déjà été faite, de comprendre les mécanismes de l'épidémie dans la région, puis de mettre en œuvre une stratégie réaliste qui se veut davantage préventive que curative.

En tout cas, le bouclier que constituait l'islam face à l'épidémie semble désormais relever davantage du mythe que du réel. Il faudrait donc se rendre compte que les pays d'Afrique du Nord doivent d'ores et déjà mettre en place des structures de prise en charge et passer d'une stratégie d'observation/prévention à une politique sanitaire curative.

Parmi les mesures à mettre en application en ce sens, citons la nécessité de créer des centres spécialisés dans le traitement des cas de SIDA, en les nommant ouvertement. En effet, jusqu'à ce jour, les cas de VIH sont traités plus ou moins confidentiellement dans les services infectieux des hôpitaux publics. C'est donc

désormais ouvertement que les pays du Maghreb devront affronter l'épidémie du VIH dans les années à venir

Notes

1. ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de SIDA*, ONUSIDA/OMS, Genève, décembre 2001, p. 29.
2. 30 000 décès par SIDA en 2001 pour la région Afrique du Nord/Moyen-Orient, selon ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de SIDA*, ONUSIDA/OMS, Genève, décembre 2001, p. 29.
3. Le premier cas de SIDA dans le monde avait été observé en 1981 à Los Angeles, USA.
4. ONUSIDA, *Le SIDA en Afrique pays par pays*, ONUSIDA/CEA, Genève, décembre 2000, p. 229.
5. Ministère de la Santé publique.
6. ONUSIDA, *Le point sur l'épidémie de SIDA*, ONUSIDA/OMS, Genève, décembre 2001, p. 20.
7. ONUSIDA, *Le SIDA en Afrique pays par pays*, ONUSIDA/CEA, Genève, décembre 2000, p. 229.
8. Loi n° 61-7, 9 Janvier 1961, JORT, 3-6 Janvier 1961, autorisant la vente des produits contraceptifs.
9. ONUSIDA, AIDS epidemic report, June 2000, p.70.

Bibliographie

Livres

- Association internationale des Démographes de Langue française (AIDELF), 1997, Actes du colloque « *Mortalité, morbidité: problèmes de mesure, facteurs d'évolution, essai de prospective* », Paris, PUF.
- Association internationale des Démographes de Langue française (AIDELF), 2002, Actes du colloque « *Vivre plus longtemps, avoir moins d'enfants: quelles implications?* », Paris, PUF.
- Benaïcha, N., Gueddana, N., Jarraya, S., 1985, *Un enfant et deux Tunisiens*, Tunis, ONFP.
- Bergsma, E., Jongejan, P. and Schaapveld, K., 1992, *Sustainable Development and Health*, La Haye.
- Camau, M., 1989, *État de santé*, Paris, CNRS.
- Chevallier, L., 1947, *Le problème démographique Nord-africain*, éd. Presses universitaires de France, p. 194.
- Commission scientifique de développement, 1995, *Population du sud et santé*, Paris, ORSTOM.
- Dupaquier, J., 1997, *L'espérance de vie sans incapacité*, Paris, PUF.
- Institut de Recherches et Études sur la Population (IREP), *Mortalité et santé de la population*, Tunis, IREP.
- Longuenesse, E., 1995, *Santé, médecine et société dans le monde arabe*, Paris, L'Harmattan.
- Salem, G., 1998, *La santé dans la ville*, Paris, Karthala-ORSTOM.
- Seklani, M., 1966, *La mortalité et le coût de la santé publique en Tunisie* tomes 1 et 2, Université de Paris.
- Vallin, J. et Locoh, T., 2002, *Population et développement en Tunisie: la métamorphose*, Tunis, CERES.

Articles

- Ault, B and Olshansky, S. J., 1986, 'The fourth stage of the epidemiologic transition: the age of delayed degenerative diseases', *The Milbank Quarterly*, No. 64, 3.
- Ben S., Olfa, C. et Nadia, 2001 « Réformes du système de santé tunisien et assurance maladie », *La Tunisie médicale*, vol. 79, n° 10, Tunis, octobre.
- Ben Y. A., Phantan, T., Souissi, H. et Wessen, A. F., 1974, « Services de santé: couverture, facteurs et indices d'utilisation », *Bulletin de l'OMS*, n° 51.
- Bouafif, N., Hajem, S., Ennigrou, S., Touati, M., Ben Hamida, A. et Zouari, Béchir, 2000, « Déclaration des causes de décès en Tunisie », *La Tunisie médicale*, vol.78, n° 12, Tunis, septembre.
- Caselli, G., Mesle, F. et Vallin, J., 2001, « Les entorses au schéma de la transition épidémiologique », in *Actes de la XXXIV^e conférence générale de la population*, IUESP, Salvador, Brésil, août.
- Faculté des sciences humaines et sociales de Tunis, 1997, Actes du colloque *Développement et transition démographique en Afrique*, Tunis 26-28 avril 1995, Tunis.
- Gaha, C., 1998, « Les déterminants de la santé selon les médecins tunisiens », *Correspondances*, n° 53 novembre, Institut de Recherches sur le Maghreb contemporain (IRMC), Tunisie, pp. 7 à 9.
- Gonzalez-Quinones, F. and Reher, D., 2001, 'Mother's Death and Children's Death', in *Actes de la XXXIV^e conférence générale de la population*, IUESP, Salvador, Brésil, août.
- Jeanne, E. et Salem, G., 1988, « Urbanisation et santé dans le tiers monde », in « *Santé et médecine, l'état des connaissances et des recherches* », INSERM/ORSTOM.
- IFORD, 1993, *Actes du colloque international sur la mortalité infantile et juvénile en Afrique: bilan des recherches et politiques de santé*, IFORD.
- Kaddar, M., 1992, « Le financement de la santé au Maghreb: données et problèmes actuels. Communication », in *Actes du colloque Le financement des soins et la maîtrise des coûts*, Tunis, 27-30 juillet.
- Legare, J., 1990, « Espérance de vie en bonne santé: construction et application », in *Population âgée et révolution grise*, Chaire Quetelet 1986, Université Catholique de Louvain, Belgique.
- Mc Kee, M., 2001, 'Emerging Diseases: The Need for a New Research Framework', in *Actes de la XXXIV^e conférence générale de la population*, IUESP, Salvador, Brésil, août.
- Mc Nicoll G., 1990, 'Comments on Policy Aspects of Health-transition Researchs', in J. C., Caldwell, S., Findley, P., Caldwell, G., Santow, W., Cosford, J., Braid and D., Broers-Freeman eds., *What We Know About Health-transition: The Cultural, Social and Behavioural Determinants of Health*, Health Transition Series, Book Number 2, pp. 911-912.
- Mosley W. H., Bobadilla J. L., Jamison D. T., 1993, *The Health Transition: Implications for Health Policy in Developing Countries*, Chapter 28 in D.T., Jamison, W.H., Mosley, A.R., Measham, and J-L., Bobadilla eds., *Disease Control Priorities in Developing Countries*, New York, Oxford University Press for the World Bank.
- Newhouse J. and Phelps, C. C., 1976, *New Estimates of Price and Income Elasticities of Medical Care Services*, in *National Bureau Services*, No. 27, New York.

- Njah, M., Mtir, N., Kacem, M., Ben Salem, K., Haj Frej, A. et Marzouki, M., 1993, « Pratiques de prévention et de promotion de la santé en médecine libérale », in *Tunisie médicale*, vol. n° 71, Tunis, janvier.
- Omran, A., 1971, 'The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change', in *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, No. 49, 4.
- Picheral, H., 1989, « Géographie de la transition épidémiologique », in *Annales de géographie* n° 546, CNRS-Armand Colin, mars-avril.
- Tabutin, D., *Avantages comparés des enquêtes à passages répétés et à passage unique pour la mesure de la mortalité dans les pays en développement*, Union Internationale des études en Sciences de la Population, Belgique.
- Tabutin, D., 1991, « La surmortalité féminine en Afrique du nord », in *Population* n° 4, INED, France, août.
- Tamouza, S., 1996, *Mortalité et systèmes de santé au Maghreb*, communication présentée au 2^e congrès régional arabe de population au Caire - 8 au 12 décembre, Paris, CEPED, Paris, décembre.

Enquêtes

- Institut national de la santé publique, 1996, *Enquête nationale médico-sociale sur l'état de santé et les conditions de vie des personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile*, Tunis, décembre.
- Ministère de la santé publique, 1999, *Enquête morbidité et mortalité hospitalière dans les hôpitaux régionaux*, Direction Etudes et Planification, Tunis, mars.
- Ministère de la santé publique, 2000, *Enquête nationale sur la santé et le bien-être de la mère et de l'enfant*, Direction des Soins de Santé de Base, Tunis, décembre.
- ONFP, 1985, *Enquête Mortalité et morbidité infantile*, Tunisie.
- ONFP, 1988, *Enquête Démographie-santé*, Tunisie.
- ONFP, 1996, *Enquête tunisienne sur la Santé de la mère et de l'enfant 1994-1995*, Tunisie.
- ONFP, 2001, *Enquête tunisienne sur la Santé de la famille 2001*, Tunisie, octobre.

Publications Diverses

- DHS, *DHS analytical reports* N° 4, 1997, DHS mortality indicators, USA.
- DHS, *DHS comparative studies* N° 25, 1997, Maternal health care, USA.
- FNUAP, 2003, *Rapport annuel Tunisie 2002*, Tunis.
- League of Arab State, 1998, *PAPFAM Project document*, Le Caire.
- Ministère de la santé publique, *Bulletin épidémiologique 2001*, Direction des Soins de Santé de Base, Tunis, septembre.
- Ministère de la santé publique, 2002, *L'assurance de la qualité en première ligne: concepts, organisation et méthodes*, Direction des Soins de Santé de Base, Tunis.
- OMS, 2000, *Rapport sur la santé dans le monde 1999*, OMS, Genève.
- ONUSIDA, 2000, *Le SIDA en Afrique pays par pays*, Genève, décembre.
- ONUSIDA, 2000, *Rapport sur l'épidémie mondiale de VIH/SIDA*, Genève, juin.
- ONUSIDA, 2001, *Le point sur l'épidémie de SIDA*, Genève, décembre.

ONUSIDA, 2004, *Breaking the silence around HIV/AIDS in the Arab region*, Geneva.

PNUD, 2002, *Rapport sur le développement humain en Tunisie 2001*, PNUD, Tunisie.

USAID, 1995, *Implementing reproductive health programs*, New York.