

نقطة إقليمية

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

لقطة إقليمية

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

عبء فيروس نقص المناعة البشري

يعتبر الشرق الأوسط وشمال أفريقيا المنطقة ذات العدد الأكثر انخفاضا من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري. ولكن، يزداد عبء فيروس نقص المناعة البشري حيث ترتفع أعداد الوفيات المرتبطة بالإيدز والإصابات الجديدة في العديد من البلدان. ففي عام 2013، كان هناك ما يقدر بـ230,000 [160,000-330,000] بالغ وطفل متعاش مع فيروس نقص المناعة البشري في المنطقة. وتمثل خمس بلدان -الجزائر، وجمهورية إيران الإسلامية، والسودان، والصومال، والمغرب- 88% من هذه الأعداد.

تمثل جمهورية إيران الإسلامية 30% من جميع الإيجابيين لفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة، حيث يقدر عدد المتعاشين مع الفيروس بـ70,000 [47,000-110,000]. وفي السودان، هناك 49,000 [34,000-70,000] متعاش مع الفيروس، ما يمثل 21% من العبء الإقليمي.

ويتركز عبء فيروس نقص المناعة البشري أساسا بين الشباب الذين يتعاطون المخدرات بالحقن، والمهاجرين، والعاملين بالجنس، والرجال المثليين، وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال.

المتعاشون مع فيروس نقص المناعة البشري في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2013

Oman

1% عمان

Tunisia

1% تونس

Yemen

3% اليمن

Djibouti

3% جيبوتي
Egypt
3% مصر
Algeria
11% الجزائر
Morocco
13% المغرب
Somalia
14% الصومال
Sudan
21% السودان
(Islamic Republic of) Iran
30% جمهورية إيران الإسلامية

Source: UNAIDS 2013 estimates.

المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2013

الوفيات المرتبطة بالإيدز

في عام 2013، كان هناك ما يقدر بـ15,000 [10,000-21,000] حالة وفاة مرتبطة بالإيدز في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، ما يعتبر زيادة قدرها 66% في عدد الوفيات السنوية منذ 2005.

الوفيات المرتبطة بالإيدز في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا 2013

Oman	0.6% عمان
Tunisia	1% تونس
Egypt	3% مصر
Yemen	3% اليمن
Djibouti	5% جيبوتي
Algeria	9% الجزائر
Morocco	10% المغرب
Somalia	17% الصومال
Sudan	21% السودان
(Islamic Republic of) Iran	30% جمهورية إيران الإسلامية

Source: UNAIDS 2013 estimates.

المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2013

وتعتبر هذه الزيادات في عدد الوفيات في تسع من عشر بلدان في المنطقة. ولكن، من ناحية أخرى، في جيبوتي -وهي بلد قامت بتوسيع الوصول إلى علاج فيروس نقص المناعة البشري- انخفض عدد الوفيات المرتبطة بالإيدز بنسبة الثلث خلال نفس الفترة الزمنية.

وبين عامي 2005-2013 في جمهورية إيران الإسلامية -وهي البلد ذات العدد أعلى من المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري- والمغرب، زاد عدد الوفيات المرتبطة بالإيدز. كما شهد السودان وتونس زيادات مقلقة في عدد الوفيات المرتبطة بالإيدز.

الاتجاهات في عدد الوفيات المرتبطة بالإيدز في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2005-2013

Number of AIDS-related deaths

عدد الوفيات المرتبطة بالإيدز

(Islamic Republic of) Iran

جمهورية إيران الإسلامية

Sudan

السودان

Somalia

الصومال

Morocco

المغرب

Algeria

الجزائر

Djibouti

جيبوتي

Yemen

اليمن

Egypt

مصر

Tunis

تونس

Source: UNAIDS 2013 estimates.

المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2013

ويمكن أن تُعزى الزيادات الحادة في عدد الوفيات المرتبطة بالإيدز بشكل جزئي للمستويات المنخفضة جدا للوصول إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية المنقذة للحياة في كافة أنحاء المنطقة.

وهناك بلدان فقط -جيبوتي والمغرب- قدمت العلاج لـ 20-40% من البالغين والأطفال المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري. وفي سبع من البلدان العشرة في المنطقة، كان لدى أقل من 20% من المتعايشين مع فيروس نقص المناعة البشري وصول إلى العلاج.

سجل نتائج البلدان: وصول البالغين والأطفال إلى العلاج المضاد للفيروسات القهقرية، 2013

20-39%

Djibouti Morocco

39-20%

جيبوتي المغرب

<20%

Algeria Egypt Iran (Islamic Republic of) Somalia Sudan (the) Tunisia Yemen

>20%

الجزائر

مصر

جمهورية إيران الإسلامية

الصومال

السودان

تونس

اليمن

Source: UNAIDS 2013 estimates.

المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2013

عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري

في عام 2013، كان هناك ما يقدر بـ25,000 [14,000-41,000] إصابة جديدة بفيروس نقص المناعة البشري في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، وهو ما يشمل 1.2% من المجموع العالمي. وظهر ما يزيد عن نصف هذه الإصابات في بلدين: جمهورية إيران الإسلامية (32%) والسودان (21%).

الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2013

جيبوتي 0.5%

عمان 1%

تونس 2%

اليمن 3%

مصر 4%

الجزائر 11%

المغرب 12%

الصومال 13%

السودان 21%

جمهورية إيران الإسلامية 32%

Source: UNAIDS 2013 estimates.

المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2013

ولم تستطع إلا بلدين فقط من البلدان العشرة في المنطقة خفض معدلات الإصابات الجديدة في 2013 عن مستويات 2005. فقد شهدت جمهورية إيران الإسلامية، التي تعاني من أقل عبء في المنطقة، خفضا متواضعا بقدر 4%. وشهدت البلدان الأربعة التالية حيث أعلى عبء معدلات متزايدة من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري، بما في ذلك الجزائر والسودان وهي البلد ذات ثاني أكبر وباء فيروس نقص المناعة البشري في المنطقة.

اتجاهات الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في 2005 و 2013

Number of new HIV infections

عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري

(Islamic Republic of) Iran

جمهورية إيران الإسلامية

Sudan

السودان

Somalia

الصومال

Morocco

المغرب

Algeria

الجزائر

Egypt

مصر

Yemen

اليمن

Tunis

تونس

Djibouti

جيبوتي

Source: UNAIDS 2013 estimates.

المصدر: تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2013

ولم تحقق إلا بلدين في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا خفض عدد الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري بين المولودين الجدد والأطفال في الفترة بين 2005 و2013. ففي جيبوتي، انخفض عدد الإصابات الجديدة بين الأطفال بـ70% وبـ22% في الصومال.

وفي السنوات الأربعة الماضية، أنشأت عمان برنامجا قويا للقضاء على انتقال فيروس نقص المناعة البشري من الأم للطفل، حيث يوفر تغطية شبه شاملة للخدمات المتاحة للنساء الحوامل. وتسير الجزائر، وجمهورية إيران الإسلامية، والمغرب وتونس في نفس الاتجاه.

متعاطو المخدرات بالحقن

يعتبر الانتشار العالي لفيروس نقص المناعة البشري بين متعاطي المخدرات بالحقن أحد العناصر المرتبطة بانتشار الفيروس في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ويعتبر انتشار الفيروس أعلى بكثير بين هذه الفئة الرئيسية مما هو عليه الحال بين عموم السكان. ووضعت التقارير نسبة انتشار عالية لفيروس نقص المناعة البشري بين متعاطي المخدرات بالحقن باعتبارها 87% في طرابلس، ليبيا (1). وقد مسح وطني أن نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشري يعتبر أعلى من 15% بين الرجال الذين يتعاطون المخدرات بالحقن في جمهورية إيران الإسلامية (2). ولوحظت نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشري بمقدار ما يقرب من 14% بين متعاطي المخدرات في جمهورية إيران الإسلامية (3). وبالرغم من أن نسبة الانتشار بين هذه الفئة الرئيسية تعتبر أكثر انخفاضاً مما هو عليه الحال في بلدان أخرى في المنطقة، إلا أنها ما زالت عالية -11% في المغرب.

ويمكن أن ينتشر فيروس نقص المناعة البشري بسرعة بين متعاطي المخدرات بالحقن. وفي الوقت الحالي، لا يوجد الكثير من برامج الحد من مخاطر استخدام المخدرات التي يكفي نطاقها في هذه المنطقة، مما يشير إلى أن المزيد من الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشري ستحدث إن لم تكن مثل هذه الخدمات متاحة بين متعاطي المخدرات بالحقن.

كما قد يكون الشركاء الجنسيون لمتعاطي المخدرات بالحقن أيضاً في خطورة عالية للتعرض لفيروس نقص المناعة البشري إذ أن الفيروس يمكن نقله لهم إذا لم يكن لديهم الوصول إلى خدمات الوقاية، بما في ذلك اختبار فيروس نقص المناعة البشري والواقي الذكري.

وقد وجدت دراسة تم إجراؤها في ثلاث مدن في جمهورية إيران الإسلامية أن نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشري مقدارها 9.4% بين الرجال الذين يتعاطون المخدرات بالحقن و2.8% بين شريكاتهم الجنسيات غير متعاطيات المخدرات بالحقن (2). وحالياً، يكاد لا يوجد تقديم للخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري للشركاء الجنسيين لمتعاطي المخدرات بالحقن في المنطقة.

المهاجرون

وأيضاً، يعد المهاجرون المقيمون في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في خطر التعرض لفيروس نقص المناعة البشري. وتعتبر بلدان مجلس التعاون الخليجي -الإمارات العربية المتحدة، والبحرين، والسعودية، وعمان، وقطر، والكويت- مقصداً هاماً للعمال المهاجرين من آسيا ومنطقة المحيط الهادئ. ونظراً لأن القيود المفروضة على الدخول، والبقاء، والإقامة القائمة على حالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري متواجدة في جميع بلدان مجلس التعاون الخليجي، فإن أكبر أعداد المهاجرين، على الصعيد العالمي، الذين يتأثرون بالاختبارات الإلزامية لفيروس نقص المناعة البشري، والقيود، والترحيل هم الذين يبحثون عن الدخول، والبقاء، والإقامة في بلدان منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (4).

وقد تمت ملاحظة نسبة عالية نسبيا لانتشار فيروس نقص المناعة البشري بين المهاجرين في المنطقة، ويعبر الكثير منهم إلى أوروبا من خارج المنطقة. وفي المغرب، كانت نسبة الانتشار أعلى من 3% بين مجتمعات المهاجرين الناطقين بالفرنسية والإنجليزية أيضا، الذين ما زال وصولهم إلى الخدمات أقل مقارنة بالسكان المحليين. وتشكل الحواجز اللغوية عائقا إضافيا أمام وصول المهاجرين الناطقين بالإنجليزية إلى الخدمات (5)، مما يؤكد الحاجة في جميع البلدان إلى المعلومات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري التي تراعي الخصوصيات الثقافية باللغة التي يستريح فيها المهاجرون أكثر عند اتخاذ القرارات فيما يخص صحتهم وسلوكياتهم الشخصية.

العاملون بالجنس

لا يوجد إلا القليل جدا من الوضوح حول العمل بالجنس في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. ونتيجة لذلك، هناك نقص بيانات فيما يخص عبء فيروس نقص المناعة البشري بين العاملين بالجنس في المنطقة كما هناك سوء فهم للوباء بينهم. وبالرغم من ذلك، يؤثر فيروس نقص المناعة البشري في كل بلد تأثيرا غير متناسب على العاملين بالجنس.

وتشير دراسة في المغرب (6) إلى أن نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين العاملين بالجنس (2%) أعلى بكثير مما هو عليه الحال بين عموم السكان البالغين الإناث (0.1%) في 2013. وفي جمهورية إيران الإسلامية، تم التقرير عن نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين العاملين بالجنس بمقدار 4.5% (10)، بينما كانت هذه النسبة في الجزائر 4.6% (7).

HIV prevalence among female sex workers compared to the general adult female population in Morocco, 2013

انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين العاملات بالجنس مقارنة بعموم السكان البالغين الإناث في المغرب، 2013

(%) HIV prevalence

نسبة الانتشار (%)

HIV prevalence among female sex workers

نسبة الانتشار بين العاملات بالجنس

HIV prevalence among the adult female general population

نسبة الانتشار بين عموم السكان البالغين الإناث

Source: Kouyoumjian SP, et al. The epidemiology of HIV infection in Morocco: systematic review and data synthesis. Int J STD AIDS. 2013 Jul;24(7):507– 16. doi: 10.1177/0956462413477971

المصدر: Kouyoumjian SP, et al. The epidemiology of HIV infection in Morocco: systematic review and data synthesis. Int J STD AIDS. 2013 Jul;24(7):507– 16. doi: 10.1177/0956462413477971

.UNAIDS 2013 estimates

تقديرات برنامج الأمم المتحدة المشترك المعني بالإيدز لعام 2013

الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال

يعتبر انتقال فيروس نقص المناعة البشري بين الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال من السمات المميزة للوباء في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا. وقد بلغت نسبة انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين الرجال المثليون وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال 13% في الجزائر، و10% في تونس، و6% في اليمن، و5% في المغرب (3).

وهناك العديد من البلدان في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا حيث تعتبر العلاقات الجنسية المثلية بالتراضي غير قانونية وخاضعة للعقاب بالإعدام. وهذا هو الحال في جمهورية إيران الإسلامية، والسعودية، والصومال (الأجزاء الجنوبية)، والسودان، واليمن (8). وبالإضافة إلى هذا، هناك عدد كبير من البلدان التي إما تجرم العلاقات الجنسية المثلية بالتراضي أو تحاكم جنائيا المثليات، والمثليين، ومزدوجي الميل الجنسي، ومغايري النوع الاجتماعي تحت قوانين مختلفة بناء على الميل الجنسي والهوية الجنسية. وتتضمن هذه البلدان أفغانستان، والإمارات العربية المتحدة، والجزائر، والجمهورية العربية السورية، وتونس، وعمان، وقطر، والكويت، ولبنان، وليبيا، والمغرب، ومصر (8).

وحيثما تقوم البيئات القانونية والاجتماعية بالعقاب، والوصم والتمييز ضد أشخاص مثل العاملين بالجنس أو الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، فمن غير المرجح أن يكون لدى هذه الفئات الوعي الكافي بخطورة فيروس نقص المناعة البشري، أو الوصول إلى خدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري بما في ذلك الاختبارات الطوعية المنتظمة، أو الوصول إلى أدوات الوقاية مثل الواقي الذكري ومواد التشحيم القائمة على المياه. كما أنه يعتبر أقل

احتمالاً أن يقوموا بتنظيم أو المشاركة ذات المغزى في تصميم برامج تقديم الخدمات الخاصة بفيروس نقص المناعة البشري، أو مبادرات التواصل مع الأقران، أو مبادرات أخرى على مستوى المجتمع، مما يحد من النتائج الصحية العامة للبلاد.

HIV prevalence among gay men and other men who have sex with men from selected countries in the Middle East and North Africa, 2009–2013

انتشار فيروس نقص المناعة البشري بين الرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال من بلدان مختارة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، 2009–2013

HIV prevalence (%)

نسبة الانتشار (%)

Jordan

الأردن

Lebanon

لبنان

Egypt

مصر

Morocco

المغرب

Yemen

اليمن

Tunisia

تونس

Algeria

الجزائر

المصدر: التقرير العالمي عن التقدم في مكافحة الإيدز لعام 2014

استثمارات من أجل الاستجابة للإيدز

في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، يعتبر التمويل لخدمات الوقاية من فيروس نقص المناعة البشري المدعومة بالدلائل والعلاج لمجتمعات متعاطي المخدرات بالحقن، والرجال المثليين وغيرهم من الرجال الذين يمارسون الجنس مع الرجال، والعاملين بالجنس، والمهاجرين محدودا. وإذا لم تعالج الاستراتيجيات المدعومة بالدلائل فيروس نقص المناعة البشري بين هذه الفئات، فسيستمر ارتفاع الإصابات بالفيروس في المنطقة. وحاليا، يعتبر التنقيف الخاص بالمخاطر المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري، وغيرها من المسائل المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية، وتوزيع السلع مثل الواقي الذكري محدودا.

وتعد النساء في خطورة خاصة للتعرض لفيروس نقص المناعة البشري والنبذ الاجتماعي (9). فبسبب الوصمة الاجتماعية الكبيرة المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري في المنطقة إلى جانب القوانين الجنائية ضد العمل بالجنس، وتعاطي المخدرات بالحقن، والعلاقات الجنسية المثلية بالتراضي، لا يتحقق الوصول إلى الكثير من الأشخاص الذين في خطر التعرض للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري أو المتعاشين مع الفيروس بالنسبة للوقاية، والاختبار، والعلاج.

وقد أقر مجلس وزراء الصحة العرب الإطار الاستراتيجي العربي للاستجابة لفيروس نقص المناعة البشري والإيدز (2014-2020)، عقب اعتماد البرلمان العربي للاتفاقية العربية للوقاية من فيروس نقص المناعة البشري وحماية المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشري في مارس 2012. وتتضمن الاستراتيجية العربية لمكافحة الإيدز عشرة أهداف متوافقة مع أهداف الإعلان السياسي بشأن فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز لعام 2011. وتشجع الإشراف والقيادة الناشئة للبلدان، وتذكر معالجة المسائل بما في ذلك القيود المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشري المفروضة على الدخول، والبقاء، والإقامة، والفئات الرئيسية الأكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشري إلى جانب فيروس نقص المناعة البشري في أماكن النزاعات وبعد انتهائها.

ومن خلال تعزيز الاستثمارات في الوصول إلى العلاج وخدمات الوقاية، يمكن عكس زيادة الإصابات والوفيات المرتبطة بالإيدز في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا.

الشرق الأوسط وشمال أفريقيا

1. Mirzoyan L, et al. New evidence on the HIV epidemic in Libya: why countries must implement prevention programs among people who inject drugs. J Acquir Immune Defic Syndr. 2013;62(5):577-583. doi:10.1097/QAI.0b013e318284714a.

2. Sajadi L, et al. HIV prevalence and related risk behaviours among female partners of male injecting drug users in Iran: results of a biobehavioural survey, 2010. *Sex Transm Infect.* 2013;89:iii41 -iii44. doi:10.1136/sextrans-2013-051201.
3. Global AIDS response progress reporting data. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
4. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2013 (http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf, accessed 30 June 2014).
5. HIV integrated behavioural and biological surveillance surveys: Morocco 2013. Sub-Saharan migrants in an irregular administrative situation in Morocco. Rabat: Directorate of Epidemiology and Fight Against Diseases, National HIV/AIDS Programme, Ministry of Health of the Kingdom of Morocco; 2013 (<http://www.lisajohnston.com/downloads/reports>, accessed 9 July 2014).
6. Kouyoumjian SP, et al. The epidemiology of HIV infection in Morocco: systematic review and data synthesis. *Int J STD AIDS.* 2013 Jul;24(7):507-16. doi: 10.1177/0956462413477971. Review.
7. AIDS Algérie, United Nations Population Fund, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Enquête intégrée de surveillance bio-comportementale sur le VIH/sida chez les travailleur(se)s du sexe. Oran: AIDS Algérie; 2012 (http://www.ands.dz/jmsida2013/enquete_integree.pdf, accessed 8 July 2014).
8. Towards a free and equal world. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2013 (<http://www.unaids.org/en/resources/infographics/20140108freeequal/>).
9. Baker III JA. HIV in the Middle East: women at risk. In: Houston Chronicle/Baker Institute Blog [website]. Houston: Houston Chronicle; 2014 (<http://blog.chron.com/bakerblog/2014/06/hiv-in-the-middle-east-women-at-risk/>, accessed 6 July 2014).
10. Sajadi L., et al. HIV prevalence and related risk behaviours among female sex workers in Iran: results of a national biobehavioural survey, 2010. *Sex Trans Infect.* 2013; 89:iii37-iii40. doi: 10.1136 sextrans-2013-051028.