



HAL
open science

Le Maghreb face au VIH/sida

Sandrine Musso, Monia Lachheb, Christophe Broqua

► **To cite this version:**

Sandrine Musso, Monia Lachheb, Christophe Broqua. Le Maghreb face au VIH/sida. L'Année du Maghreb, 2021, Dossier: Face au VIH/sida, 25, pp.9-16. 10.4000/anneemaghreb.7624. hal-03272817

HAL Id: hal-03272817

<https://hal.science/hal-03272817>

Submitted on 28 Jun 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

Le Maghreb face au VIH/sida

Sandrine Musso, Monia Lachheb et Christophe Broqua



Édition électronique

URL : <https://journals.openedition.org/anneemaghreb/7624>

DOI : [10.4000/anneemaghreb.7624](https://doi.org/10.4000/anneemaghreb.7624)

ISSN : 2109-9405

Éditeur

CNRS Éditions

Édition imprimée

Date de publication : 15 juin 2021

Pagination : 9-16

ISBN : 978-2-271-13225-3

ISSN : 1952-8108

Ce document vous est offert par Aix-Marseille Université (AMU)



Référence électronique

Sandrine Musso, Monia Lachheb et Christophe Broqua, « Le Maghreb face au VIH/sida », *L'Année du Maghreb* [En ligne], 25 | 2021, mis en ligne le 10 juin 2021, consulté le 28 juin 2021. URL : <http://journals.openedition.org/anneemaghreb/7624> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/anneemaghreb.7624>

Ce document a été généré automatiquement le 28 juin 2021.



L'Année du Maghreb est mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Partage dans les Mêmes Conditions 4.0 International.

Le Maghreb face au VIH/sida

Sandrine Musso, Monia Lachheb et Christophe Broqua

- 1 Quand, en 2018, nous avons proposé un dossier sur le VIH/sida à *L'Année du Maghreb*, si la difficulté à réunir un ensemble de textes académiques rendant compte de recherches en sciences sociales avait été appréhendée, il était toutefois, en ce temps d'« avant », fort difficile d'anticiper la situation exceptionnelle du moment et du contexte au sein desquels ce numéro serait publié. Car il voit finalement le jour l'année des quarante ans de l'épidémie de VIH/sida et dans un moment de « colonisation » de notre « monde vécu »¹ par l'actuelle pandémie de Covid-19, au Maghreb comme ailleurs. Une concordance des temps qui vient souligner la dimension éminemment sociale et politique des épidémies.
- 2 Les questions de santé au Maghreb et au Moyen-Orient, si elles ont fait l'objet de quelques publications collectives importantes dans les années 1990 et 2000, restent peu explorées. Il en est de même pour ce qui concerne les épidémies en général et l'épidémie de VIH/sida en particulier : en langue française, aucun numéro de revue en sciences sociales ni autre volume collectif n'y a été consacré à ce jour.
- 3 Pourtant, la situation mérite attention tant le VIH/sida reste un enjeu important de santé publique au Maghreb. Bien que la prévalence y soit relativement faible (moins de 0,1%), l'épidémie progresse dans la région MENA². Le taux de nouvelles infections continue d'augmenter alors qu'il baisse à l'échelle globale (ONUSIDA, 2020, p. 44). Les décès commencent à diminuer, mais faiblement (ONUSIDA, 2020, p. 47) et de manière différenciée selon les pays. Le recours au dépistage et l'accès aux traitements y sont très en dessous de la moyenne mondiale, même s'ils s'améliorent dans certains pays comme l'Algérie ou le Maroc : « seulement 52% des personnes vivant avec le VIH connaissent leur statut sérologique, 38% suivent un traitement et 32% affichent une suppression virale » (ONUSIDA, 2020, p. 74).
- 4 Ce numéro s'inscrit donc dans ce contexte en demi-teinte, marqué à l'échelle globale par une évolution amorcée depuis le début des années 2010, où l'objectif de la « fin du sida » est venu modifier les politiques de lutte contre l'épidémie, plaçant les populations les plus touchées (dites « populations clés ») au cœur des stratégies de prévention et de soin.

Les frontières de la maladie

- 5 L'arrivée d'une épidémie est toujours l'occasion de logiques de désignation voire d'accusation de figures d'altérité dangereuse. Comme toute épidémie, le VIH/sida pose la question des « frontières », notamment à travers la notion de « risque » : quels groupes vont être désignés comme « à risque » ou « vulnérables » ?
- 6 La forme prise par la circulation du VIH au moment de son émergence dans les sociétés du Maghreb, laquelle a du même coup des répercussions sur le type de représentations et d'enjeux qui vont se cristalliser à son propos, a d'emblée à voir avec les questions migratoires. Les premiers cas diagnostiqués et accueillis dans les hôpitaux sont en effet emblématiques d'un phénomène politico-juridique : l'expulsion de représentants de la « deuxième génération » issue de l'immigration maghrébine en France. Mais ils sont aussi liés aux allers-retours vers les pays d'origine de travailleurs immigrés vivant seuls en France, ayant parfois contaminé leurs épouses restées au pays. À la figure traditionnelle de l'« étranger » comme porteur originel du virus se greffe donc ici une figure locale, celle du « migrant » ayant vécu en Europe et important l'épidémie du fait de sa pratique d'injection ou d'une sexualité illégitime dans un pays étranger. Le VIH/sida est ainsi considéré dans un premier temps comme une maladie d'importation.
- 7 À la fin des années 1980 et au début des années 1990, les usages sociaux du concept épidémiologique de « groupe à risque » ont fait de l'émigré, de par son assimilation à la toxicomanie par voie intraveineuse, le responsable de la transmission du VIH au Maghreb, aux côtés des personnes prostituées et des homosexuels masculins. Ce fait est souligné par l'un des premiers chercheurs en sciences sociales à s'être penché sur la question du VIH/sida au Maroc, Abdessamad Dialmy, qui note qu'il a été difficile d'interviewer des émigrés dans le cadre d'une enquête sur les comportements sexuels : « Une image négative leur est attachée, elle consiste à les considérer comme les importateurs du sida au Maroc » (Dialmy, 2000, p. 16).
- 8 À la figure du « migrant » revenu d'Europe des débuts de l'épidémie s'est ensuite ajoutée voire substituée celle du migrant venu d'Afrique subsaharienne, considéré à la fois comme dangereux en termes d'importation de l'épidémie et comme particulièrement « vulnérable » en termes d'exposition aux risques et d'accès aux soins. La perception du VIH/sida comme épidémie importée est ainsi doublement attestée durant les années 1990 au Maghreb. Elle constitue d'ailleurs un des schèmes universels d'appréhension de l'épidémie. Mais elle est aussi très révélatrice de la position – à différents égards – intermédiaire, entre Europe et Afrique subsaharienne, occupée par le Maghreb.
- 9 Lors d'une enquête réalisée au Maroc à la fin des années 1990, l'évolution du « profil épidémiologique », c'est-à-dire de la répartition en pourcentage des différents modes de transmission, marquait pour l'ensemble des professionnels de santé rencontrés l'avènement d'un développement « endogène » de l'épidémie (Musso, 2008). Hakima Himmich, fondatrice de la première association de lutte contre le VIH/sida dans le pays, le soulignait dans une interview accordée au quotidien marocain *Libération* en 1996 : « Il faut signaler que le profil du malade a changé. Ce n'est plus l'immigré. C'est le Marocain. La Marocaine. De couche populaire, ayant contracté le virus par voie hétérosexuelle. Il y a parmi eux des bisexuels victimes ici même de l'infection. Mais ce qui est sûr c'est que la maladie ne vient plus de l'étranger. Il est même possible

d'affirmer, même si cela peut paraître provocateur, que 60% des cas de femmes séropositives sont victimes du mariage. Il ne s'agit plus de facteur à haut risque, c'est la vie de tous les jours » (Musso, 2008, p. 119). Pour décrire cette évolution, certains évoquaient le passage d'un profil épidémiologique « occidental » (transmission homosexuelle et par voie intraveineuse) au profil « subsaharien » (transmission hétérosexuelle avec augmentation de la part des femmes infectées). À l'instar de cet exemple qui concerne le Maroc, le Maghreb occupait alors, dans les discours sur son profil épidémiologique, une place d'entre-deux : tandis qu'au Sud, ce sont les migrants et les prostituées qui ont été particulièrement désignés comme responsables de la propagation de l'épidémie, au Nord ont d'abord été considérées deux autres catégories : les homosexuels masculins et les toxicomanes. La difficulté de caractériser le profil épidémiologique du Maghreb tient bien sûr à l'évolution de l'épidémie de VIH/sida et des connaissances disponibles à son sujet, mais elle est aussi liée plus largement à la définition d'une identité « prise en tenailles » géopolitiquement et historiquement. Si, comme l'illustrent les phrases qui précèdent, le VIH/sida revêt une dimension dûment soulignée de « métaphore » (Sontag, 1989), ce passage d'une figure du « migrant » à l'autre est à mettre en lien avec l'évolution des politiques des frontières, entre une Europe forteresse et l'externalisation des politiques de l'asile dont le Maghreb va être aux débuts du XXI^e siècle à la fois un enjeu crucial et la « sentinelle » (Perrin, 2016).

L'ère de la santé globale et des « populations clés »

- 10 L'acceptation progressive du caractère à la fois endogène et généralisé de l'épidémie au Maghreb, parfois qualifiée d'« autochtone » par nos interlocuteurs, est contemporaine d'un engagement croissant des États qui, très tôt pour certains, rendent disponibles gratuitement les traitements antirétroviraux apparus durant la seconde moitié des années 1990. Pour ce faire, le Maroc engage la bataille pour l'accès aux génériques dès la fin de la même décennie (Krikorian, 2007 ; Krikorian *et al.*, 2008).
- 11 Accompagnant cette révolution thérapeutique, la lutte contre le VIH/sida connaît un tournant majeur avec l'avènement de la « santé globale » incarnée par des institutions phares apparues au début du XXI^e siècle, en particulier le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, créé en 2002, qui instaure de nouvelles règles et a pour effet d'orienter les actions de lutte contre le VIH/sida dans des directions précises.
- 12 Si l'épidémie oblige à se déprendre du cadre de la pensée d'État, puisque sa diffusion sélective ne relève pas de logiques d'ordre administratif, elle force aussi à considérer les relations entre local et global, notamment quand les instruments de « gouvernance mondiale » sont décidés ailleurs et que l'accès aux subsides et aux financements internationaux passe par leur adoption. Par ailleurs, la question du VIH/sida ouvre une fenêtre sur les assemblages et modes de gouvernance régionaux et la manière dont ils constituent à la fois une opportunité (mutualisation d'expérience, capacité de représentation) et une entrave (trop grande hétérogénéité) : le Maghreb est en effet inclus en termes de gouvernance de la santé dans la région MENA pour l'ONUSIDA et dans la région EMRO³ pour l'OMS (les mêmes pays sauf l'Algérie). Quelle que soit l'hétérogénéité des formes et dynamiques de l'épidémie dans ces « régions », l'émergence de réseaux basés sur le partage d'une condition sérologique, ou d'une

possible exposition à la contamination en raison de l'appartenance à une minorité stigmatisée, offre un espace inédit de visibilité et de reconnaissance.

- 13 Le Fonds mondial va progressivement inciter ses bénéficiaires puis conditionner les financements qu'il octroie à la prise en considération des populations les plus touchées par le VIH/sida, dites « clés », lorsque le profil épidémiologique des pays le justifie. C'est le cas de ceux du Maghreb où l'épidémie jusqu'à ce jour « est fortement concentrée parmi les populations clés et leurs partenaires sexuels » (ONUSIDA, 2020, p. 322). Ces populations se composent principalement des usagers de drogues injectables, des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, et des personnes engagées dans le travail sexuel et leurs clients. Si la reconnaissance d'une épidémie endogène et locale est maintenant de mise, son caractère généralisé à l'ensemble de la population n'est pourtant pas avéré. Le contexte rend toutefois difficile de reconnaître publiquement le profil épidémiologique « concentré » du VIH/sida dans la région. Le plus souvent, la communication grand public évite de cibler explicitement les « populations clés », comme par exemple en Tunisie (Ben Hassine et Dridi, 2015).
- 14 La mise en place de stratégies de prévention se déploie au Maghreb dans des contextes peu favorables. Tout d'abord parce que les stratégies « ciblées » en direction d'homosexuels ou de personnes prostituées sont difficiles à légitimer et à réaliser sur le terrain. Ces pratiques sont en effet pénalisées, tout comme le sont les relations sexuelles hors mariage et l'adultère. Si les normes juridiques ne sont pas appliquées avec la sévérité promue par les textes de loi, il n'en demeure pas moins que la possession ou la distribution de préservatifs peut exposer à l'arrestation pour « incitation à la débauche », « prostitution » ou « homosexualité ». Contrairement à ce qui s'est produit dans de nombreuses régions du monde, la nécessité de lutter contre le VIH/sida en direction des « populations clés » a peu provoqué dans les pays du Maghreb la création d'associations spécialisées, même si le lien entre les mobilisations contre le VIH/sida et les « luttes LGBT » commence à être documenté (Gouyon et Musso, 2017).
- 15 Les contraintes relatives au contexte entraînent une certaine répartition des rôles : les pouvoirs publics financent l'accès aux traitements mais les programmes de prévention en direction des « populations clés », mis en œuvre par les acteurs communautaires, sont financés souvent intégralement par le Fonds mondial. Pour ce faire, des données d'enquête sont nécessaires afin de justifier du profil de l'épidémie. Des travaux quantitatifs relevant de l'épidémiologie ou de la santé publique sont ainsi réalisés par des acteurs locaux, concernant par exemple les migrants, devenus une population vulnérable parmi d'autres (Ben Hafaiedh *et al.*, 2012), ou la réduction des risques liée à l'usage de drogues (Himmich et Madani, 2016). Y compris en Lybie, pays dont la situation est mal connue hormis la tristement célèbre affaire des infirmières bulgares (Haddad, 2008), des études sont menées sur les usagers de drogues (Mirzoyan *et al.*, 2013), les homosexuels masculins et les professionnelles du sexe (Valadez *et al.*, 2013).
- 16 Des travaux plus qualitatifs relevant de la « littérature grise » ont été menés, certains dans le cadre d'associations, d'autres dans celui de diplômés universitaires, notamment sur la question des migrants africains subsahariens et du VIH/sida depuis la fin de la première décennie des années 2000 (Ayouché, 2010), moment où des programmes ont été initiés « ciblant » cette population. Ils sont cependant épars, invisibles ou peu connus, ce qui vient témoigner du déficit de reconnaissance académique de l'objet

« VIH/sida » et d'un marché de la consultance au sein duquel les savoirs sont recueillis et diffusés.

- 17 En revanche, peu de recherches en sciences sociales ont documenté cette réalité. L'absence de publicité faite au profil « concentré » de l'épidémie au Maghreb et sa conception comme généralisée semble se traduire aussi par le choix des objets d'étude. À ce jour, les recherches en sciences sociales disponibles ne sont presque jamais consacrées aux « populations clés », mais plutôt aux personnes séropositives en général (Ababou, 2010), aux enfants et à la prévention de la transmission mère-enfant (Gruénais *et al.*, 2010 ; Guillermet *et al.*, 2012) ainsi qu'aux femmes (Ababou, 2015 ; Majdoul, 2015, 2017 ; Zahi *et al.*, 2018). Ces travaux documentent l'enjeu de l'accès au dépistage et aux soins dans des contextes où ils sont tardifs, et donnent à voir des trajectoires traversées par l'intersection d'inégalités sociales. Mais ils articulent le stigmate du VIH/sida et de la séropositivité à d'autres éléments que ceux liés à l'appartenance supposée ou réelle à un groupe minoritaire ou stigmatisé au préalable. De ce point de vue, ce numéro témoigne d'un certain renouvellement des objets et des approches.

À propos du numéro

- 18 Le panorama sur le VIH/sida au Maghreb proposé par ce dossier est inévitablement partiel, en raison du manque de recherches en sciences sociales sur le sujet, tandis qu'il existe plutôt des études et une « littérature grise » en santé publique produites par des acteurs associatifs, des experts et des consultants. Les textes contenus dans ce dossier offrent néanmoins des perspectives nouvelles pour certains ou approfondissent des questions insuffisamment explorées pour d'autres.
- 19 Une partie importante des contributions est consacrée aux formes diverses de la lutte contre le VIH/sida, en particulier associatives. Bien développés en France ou en Amérique du Nord, les travaux sur les mobilisations contre l'épidémie sont rares au sujet de l'Afrique subsaharienne (Broqua, 2018) et quasi inexistantes à propos du Maghreb. Les articles sur ce thème ouvrent ainsi un domaine de connaissance qu'il faudrait explorer davantage.
- 20 Plusieurs contributions portent sur deux populations particulièrement touchées par le VIH/sida : tout d'abord les homosexuels masculins au sujet desquels la littérature est encore trop limitée ; ensuite les migrants, qu'il s'agisse de ceux provenant d'Afrique subsaharienne et vivant dans un pays du Maghreb ou de ceux provenant du Maghreb et vivant dans un pays du Nord.
- 21 Dans ce numéro, nous avons souhaité rendre compte de la diversité des savoirs en donnant aussi la parole à des acteurs de la lutte contre le VIH/sida lorsque cela était possible. Dans un même esprit, ce dossier est l'occasion d'explorer de nouvelles formes d'écriture et de restitution en sciences sociales, à travers la contribution finale qui plaide, dans un article à deux voix, pour une co-construction de la recherche.
- 22 En somme, nous espérons avoir contribué à l'intention qui nous a réunis : montrer combien les scènes de la santé globale et les enjeux en termes d'épidémie et de santé sexuelle constituent des modes d'entrée féconds dans les dynamiques sociales entre expériences et politiques, invitant à poursuivre les recherches sur la pluralité et la richesse des questions soulevées par ces thématiques.

BIBLIOGRAPHIE

- ABABOU Mohammed, 2010, « Santé, vulnérabilités et discriminations : le cas des personnes séropositives au Maroc », in Abdelmounaim Aboussad, Mohamed Cherkaoui et Patrice Vimard (dir.), *Santé et vulnérabilité au Maroc*, Université Cadi Ayyad / LPED, p. 213-226.
- ABABOU Mohammed, 2015, « Dilemmes de la gestion de la santé des mères séropositives au Maroc », *Sociologie santé*, n° 38, p. 179-198.
- AYOUCHE Leïla, 2010, *Femmes transmigrantes subsahariennes au Maroc : parcours migratoires, vulnérabilité et accès aux soins*, Mémoire de 2^e année, Certificat international d'écologie humaine – Option écologie humaine et santé, sous la direction de Sandrine Musso.
- BEN HAFIAIEDH Abdelwahab, FARÈS Nizar, KHOUAJA Ahmed, 2012, *Migration et sida en Tunisie : connaissances, perceptions et comportements à risque*, Tunis, CERES.
- BEN HASSINE Lamia, DRIDI Salaheddine, 2015, « Structuration et analyse du discours sur le sida en Tunisie (1987-2010) », *Communication*, vol. 33, n° 2, <http://journals.openedition.org/communication/5853>.
- BROQUA Christophe (dir.), 2018, *Se mobiliser contre le sida en Afrique : sous la santé globale, les luttes associatives*, Paris, L'Harmattan.
- DIALMY Abdessamad, 2000, *Jeunesse, sida et islam au Maroc*, Casablanca, Eddif.
- GOOD Byron, 1998, *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*, Paris, Les Empêcheurs de penser en rond.
- GOUYON Marien, MUSSO Sandrine, 2017, « Luttres contre le sida et luttres LGBT au Maroc : notes exploratoires sur les enjeux d'une imbrication », *L'Année du Maghreb*, n° 17, p. 201-217.
- GRUÉNAIS Marc-Éric, JROUNDI Imane, MESKI Fatima Zahra, RAÏS Farida, ASSARAG Bouchra, KASSOUATI Jalal, BENCHEKROUN Soumia, 2010, « La prise en charge des enfants infectés par le VIH/sida au Maroc et la marginalisation des enfants et des parents infectés », in Abdelmounaim Aboussad, Mohamed Cherkaoui et Patrice Vimard (dir.), *Santé et vulnérabilité au Maroc*, Université Cadi Ayyad / LPED, p. 227-237.
- GUILLERMET Élise, ZAHI Khadija, GRUÉNAIS Marc-Éric, 2012, « Au Maroc, des enfants "inadoptables" pour cause de VIH/sida ? », *Humanitaire*, n° 31, <http://journals.openedition.org/humanitaire/1220>.
- HADDAD Saïd, 2008, « La résolution de l'affaire des détenus bulgares ou les paradoxes de la normalisation d'un "pays modèle" », *L'Année du Maghreb*, n° IV, p. 249-265.
- HIMMICH Hakima, MADANI Navid, 2016, « The State of Harm Reduction in the Middle East and North Africa : A Focus on Iran and Morocco », *International Journal of Drug Policy*, vol. 31, p. 184-189.
- KRIKORIAN Gaëlle, 2007, « Évolutions récentes de la législation sur la propriété intellectuelle au Maroc et accès aux médicaments », *KEStudies*, vol. 1, p. 1-57.
- KRIKORIAN Gaëlle, MARHOUM EL FILALI Kamal, HIMMICH Hakima, 2008, « L'accès aux médicaments sous le nouveau régime de protection des brevets : cas du sida au Maroc », *KEStudies*, vol. 2, p. 1-20.

MAJDOUL Bouchaib, 2015, « Femmes et sida au Maroc : de l'inégalité biologique à l'inégalité sociale », in Baudouin Dupret, Zakaria Rhani, Assia Boutaleb et Jean-Noël Ferrié (dir.), *Le Maroc au présent : d'une époque à l'autre, une société en mutation*, Rabat, Centre Jacques-Berque, p. 385-391.

MAJDOUL Bouchaib, 2017, « Sexualité des femmes séropositives au Maroc », *Face-à-face : regards sur la santé*, n° 14, <http://journals.openedition.org/faceaface/1170>.

MIRZOYAN Lusine, BERENDES Sima, JEFFERY Caroline, THOMSON Joanna, BEN OTHMAN Hussain, DANON Leon, TURKI Abdullah A., SAFFIALDEN Rabea, VALADEZ Joseph J., 2013, « New Evidence on the HIV Epidemic in Libya : Why Countries Must Implement Prevention Programs among People who Inject Drugs », *Journal of AIDS*, vol. 62, n° 5, p. 577-583.

MUSSO Sandrine, 2008, *Sida et minorités postcoloniales : histoire sociale, usages et enjeux de la cible « migrants » dans les politiques du sida en France*, Thèse de doctorat en anthropologie sociale et ethnologie, EHESS.

ONUSIDA, 2020, *Agissons maintenant pour combattre les profondes inégalités et mettre fin aux pandémies : rapport mondial actualisé sur le sida*, Genève, ONUSIDA.

PERRIN Delphine, 2016, « Regulating Migration and Asylum in the Maghreb : What Inspirations for An Accelerated Legal Development ? », in Francesca Ippolito, Seline Trevisanut (dir.), *Migration in the Mediterranean : Mechanisms of International Cooperation*, Cambridge, Cambridge University Press, p. 192-214.

SONTAG Susan, 1989, *Le sida et ses métaphores*, Paris, Christian Bourgois.

UNAIDS, 2020, *UNAIDS Data 2020*, Geneva, UNAIDS.

NOTES

1. . Empruntant une formule à Jürgen Habermas, Byron Good (1998) considère que la maladie, notamment quand elle est grave, entraîne une forme de « colonisation du monde vécu », constat qu'il est possible d'étendre à une pandémie mondiale.
2. . *Middle East and North Africa* ou en français Afrique du Nord et Moyen-Orient. Selon la définition de l'ONUSIDA, la région MENA inclut les pays suivants : Algérie, Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, Irak, Iran, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Qatar, Somalie, Soudan, Syrie, Territoires palestiniens occupés, Tunisie et Yémen.
3. . *Eastern Mediterranean Regional Office* (Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour la Méditerranée orientale).

INDEX

Index géographique : Maghreb

AUTEURS

SANDRINE MUSSO

AMU, Centre Norbert Élias, Marseille

MONIA LACHHEB

IRMC et Institut supérieur du sport et de l'éducation physique de Ksar-Said, Tunis

CHRISTOPHE BROQUA

CNRS, Institut des mondes africains (IMAF), Aubervilliers.